

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

DENILDA LITTIKE

**IMPROVISANDO A GESTÃO POR MEIO DA GESTÃO DO IMPROVISO:
O PROCESSO DE TRABALHO DOS GESTORES
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL**

VITÓRIA - ES
2012

DENILDA LITTIKE

**IMPROVISANDO A GESTÃO POR MEIO DA GESTÃO DO IMPROVISO:
O PROCESSO DE TRABALHO DOS GESTORES
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do Grau de Mestre; área de concentração: Políticas e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Francis Sodré.

VITÓRIA -ES

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

L777i Littike, Denilda, 1975-
Improvisando a gestão por meio da gestão do imprevisto : o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal / Denilda Littike. - 2012.

182 f. : il.

Orientador: Francis Sodré.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Trabalho. 2. Gestão pública - Saúde. 3. Saúde do trabalhador. 4. Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - Administração. I. Sodré, Francis. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614


DENILDA LITTIKE

**IMPROVISANDO A GESTÃO POR MEIO DA GESTÃO DO
IMPROVISO: O PROCESSO DE TRABALHO DOS GESTORES DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 12 de julho de 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA



Profª Drª. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora



Profº Drº. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia – EMESCAM



Profª Drª. Maristela Dalbello Araújo
Universidade Federal do Espírito Santo – PPGASC

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais,
trabalhadores do campo.
E com quem aprendi que o trabalho proporciona prazer.*

AGRADECIMENTOS

Reconheço que esta dissertação é o resultado de muitas contribuições que durante este percurso foram possíveis encontrar, a todas elas sou imensamente grata.

A Deus, pela vida e por renovar a cada dia as minhas forças.

Aos meus pais, Oscar e Luiza, porque me ensinaram a dar passos firmes, viver e trabalhar para a realização dos sonhos. E aos demais familiares pelo incentivo para realizar este mestrado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos momentos de reflexão que contribuíram para a construção do conhecimento.

As secretárias do Mestrado, pela contribuição administrativa.

Aos Mestres da banca examinadora, por valiosas contribuições teóricas e metodológicas.

Em especial à professora Francis Sodré, pela exímia orientação teórica deste estudo, pela acolhida, carinho e apoio em todo o percurso.

Aos colegas de turma por termos compartilhado o espaço da construção do conhecimento, particularmente a Kellem pelo apoio na ABNT.

Aos integrantes do GEMTES, pelas valiosas trocas e discussões a cerca do processo de trabalho dos trabalhadores do SUS, em especial a professora Maristela por nos proporcionar estes encontros.

Aos colegas do NASTH e do Serviço Social do HUCAM pela compreensão e o apoio a mim dispensado.

Muito obrigado aos sujeitos deste estudo porque compartilharam comigo o seu processo de trabalho na gestão deste HUF, cujos depoimentos geraram novas indagações.

Ao HUCAM por autorizar esta pesquisa e, aos trabalhadores deste HUF porque com seu trabalho apostam na produção da vida.

Aos muitos amigos, que de alguma forma contribuíram, obrigado pela torcida.

À todos vocês muito obrigada!

*“De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando
A certeza de que precisamos continuar
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar.
Portanto, devemos:
Fazer da interrupção um caminho novo
Da queda, um passo de dança
Do medo, uma escada
Do sonho, uma ponte
Da procura, um encontro”.*
(Fernando Pessoa).

RESUMO

LITTIKE, Denilda. **Improvisando a gestão por meio da gestão do imprevisto: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário Federal.** 2012. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

Esta pesquisa teve por objetivo analisar o processo de trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM. Especificamente compreender o trabalho dos gestores e a relação com a sua saúde, e identificar se na função de gestor apresentaram algum adoecimento que eles relacionem com esse trabalho. Apoiou-se no conceito de processo de trabalho de Karl Marx. Reconheceu-se que o trabalho opera transformações no objeto de trabalho e no trabalhador. No contexto hospitalar a atividade de um trabalhador deve organizar-se junto ao trabalho de muitos outros. A fim de alcançar os objetivos propostos foram realizadas 12 entrevistas individuais com os gestores de Divisão, entre setembro e outubro de 2011. Como instrumento de pesquisa foi utilizado um roteiro semi-estruturado, e a análise dos depoimentos foi feita qualitativamente. Neste estudo foi observada a conduta ética em pesquisa. Os resultados demonstraram que o objeto de trabalho dos gestores são as questões organizacionais. Para realizarem suas atividades eles utilizam principalmente o seu saber e o memorando. O planejamento, como ferramenta de gestão, raramente tem sido utilizado. Os sujeitos deste estudo não têm uma rotina de trabalho definida. Identificou-se que suas agendas estão sempre abarrotadas por diversos conflitos que emergem na instituição. O seu processo de trabalho tem sido moldado pela organização do trabalho deste HUF. O organograma do HUCAM demonstra uma estrutura administrativa piramidal cujos Serviços são separados por áreas, e cada nível hierárquico tem o seu gestor. Contudo, na prática, os trabalhadores resistem em submeter-se a esse modelo organizacional. Foram identificados ruídos na comunicação e conflitos entre os três níveis hierárquicos. Não foram identificados espaços coletivos de negociação permanente entre gestores de Divisão e os Diretores deste HUF. Prima-se por uma prática de gestão fragmentada e improvisada, sem análise política das decisões tomadas. Ressalta-se que gestão é atribuição coletiva. Apreendemos que a árdua tarefa de contribuir para manter o HUCAM em funcionamento, a qual toma contornos de uma luta contra a morte do próprio hospital, faz emergir nos sujeitos deste estudo um sentimento de frustração e descrédito com projetos de mudança para melhor na gestão do HUCAM. Contudo, percebeu-se que exercer a função de gestor em um HUF também constitui-se uma fonte de sentidos de realização e prazer para o trabalhador-gestor. Entende-se que isto contribui para eles continuarem no exercício desta atividade, embora tenha sobressaído nos depoimentos o discurso da desmotivação. Ao final, conclui-se que a organização do trabalho e o processo de trabalho dos gestores de Divisão influencia a sua saúde, tendo em vista os sintomas: aumento da pressão arterial, cansaço mental, cefaléia, entre outros, por eles relatados como decorrentes do trabalho na gestão. Aponta-se a necessidade de mais pesquisas a cerca do trabalho dos gestores, e do plano de produção dos HUF's.

Palavras chaves: processo de trabalho, gestão, Hospital Universitário, saúde do trabalhador.

LITTIKE, Denilda. **Improvising the management through the management of improvisation:** the process of work of the managers of a Federal University hospital. 2012.182 f. dissertation (master in public health)-graduate program in public health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2012.

This research aims to analyze the process of work of the Division managers HUCAM. Specifically to understand the work of managers and the relationship with their health, and identify whether the Manager had some illness that they related to this work. Supported the concept of working process of Karl Marx. It was recognized that the work operates on job object transformations and the worker. In the context of a hospital worker activity shall organise the work of many others. In order to achieve the proposed objectives were held 12 individual interviews with the managers of the Division, between September and October 2011. As research instrument was used a semi-structured roadmap, and the analysis of the testimony was done qualitatively. In this study it was observed the ethical conduct in research. The results showed that the job object managers are organizational issues. To perform their activities, they mainly use their knowledge and the memorandum; planning as a management tool, has rarely been used. The subject of this study do not have a defined working routine. Identified that their agendas are always abarrotas by various conflicts that emerge in the institution. His work has been shaped by the Organization of the work of the HUF. The organisation chart of HUCAM demonstrates a pyramidal administrative structure whose services are separated by areas, and each hierarchical level has its Manager. However, in practice, workers resist submitting to this organizational model. Noise in the communication were identified, and conflicts between the three hierarchical levels and between the various services. Were not identified collective spaces of permanent negotiation between division managers and directors of the HUF. Press for a fragmented management practice and improvised, without political analysis of the decisions taken. It should be noted that collective management is attribution. We apprehend that the arduous task of contributing to keep the HUCAM in operation, which takes contours of a fight against death of own hospital, does emerge in the subject of this study a feeling of frustration and disbelief with projects of change for the better in the management of HUCAM. However, it was realized that exercise the function of Manager in a HUF also constitutes a source of senses of fulfillment and pleasure for the employee-Manager. It is understood that this contributes to they continue in the exercise of this activity, although it stood out in testimony the discourse of demotivation. In the end, it is concluded that the Organization of work and the process of work of the Division managers influence their health, with a view to the symptoms: increased blood pressure, mental fatigue, headache, among others, for they reported as arising from the work in management. Points out the need for more research about the work of managers, and the production plan of the HUF 's.

Keywords: worker process, management, University Hospital, worker's health.

LISTA DE SIGLAS

CDS - Conselho de Deliberação Superior

ES – Espírito Santo

FAHUCAM - Fundação de Apoio ao HUCAM

GEMTES – Grupo de Estudo em Saúde e Trabalho.

HE - Hospital de Ensino

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes

HUF - Hospital Universitário Federal

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS - Ministério da Saúde

NASTH – Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador do HUCAM

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PMV - Prefeitura Municipal de Vitória

POA – Plano Operativo Anual

PPGASC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

SAHUCAM - Sociedade dos Amigos do HUCAM

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UE - Unidade de Emergência

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 DESENHO DO ESTUDO	19
1.1 CONHECENDO O CENÁRIO DE PESQUISA: O HUCAM	19
1.2 PRESSUPOSTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	30
1.2.1 Os sujeitos do estudo	32
1.2.2 A trajetória do estudo	37
1.2.3 Tratamento e análise dos depoimentos	39
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	40
2 GERÊNCIA E GESTÃO: O PAPEL DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	42
2.1 A VISÃO MARXISTA SOBRE O TRABALHO: O CONCEITO DE PROCESSO DE TRABALHO	42
2.2 GERÊNCIA CIENTÍFICA: A ADMINISTRAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	47
2.3 PRODUZINDO UM NOVO PARADIGMA: A CO-GESTÃO	55
3 O PROCESSO DE TRABALHO DO GESTOR	62
3.1 A SINGULARIDADE DO TRABALHO EM HOSPITAL	64
3.1.2 Hospitais Universitários Federais: o contexto da gestão	76
3.2 A PECULIARIDADE DO TRABALHO DO GESTOR	91
3.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR-GESTOR	96

4 O PROCESSO DE TRABALHO: EM QUESTÃO A SAÚDE DO GESTOR.....	106
4.1 A EXPERIÊNCIA NA GESTÃO.....	106
4.2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	129
4.3 A COMBINAÇÃO ENTRE A SAÚDE E A GESTÃO: O ‘TRABALHADOR GESTOR’	147
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
6 REFERÊNCIAS.....	162
APÊNDICES E ANEXOS.....	176
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	177
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO	177
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	178
ANEXO A – ORGANOGRAMA DO HUCAM.....	180
ANEXO B – CARTA DE PROVAÇÃO DO CEP	182

INTRODUÇÃO

O ato de pesquisar traduz a busca do homem pelo conhecimento a respeito de uma determinada realidade. Das relações do pesquisador com o mundo emergem importantes questões a serem investigadas.

Dentre os temas que têm suscitado o interesse dos pesquisadores da Saúde Coletiva, em âmbito nacional, apresentam-se as questões referentes ao trabalho, a gestão e as tecnologias utilizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aqui interessa-nos, particularmente, pesquisar o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal (HUF), vinculado ao SUS. Como objeto de estudo elegemos o processo de trabalho dos gestores de Divisão do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Assim, definimos **a questão norteadora do estudo**: o processo de trabalho dos gestores de Divisão de um Hospital Universitário Federal tem influência sobre a saúde destes trabalhadores?

Neste estudo, utilizamos o conceito de processo de trabalho elencado por Marx (2008). O autor considera o trabalho como categoria central para a compreensão dos modos concretos da existência humana. A partir dessa categoria ele elaborou o conceito de processo de trabalho, que consiste nos seguintes elementos: o trabalho, o objeto a ser trabalhado e o instrumental de trabalho.

O interesse por estudos sobre o trabalho me acompanha desde a graduação em Serviço Social (2002 - 2005). Reafirmado no período do estágio curricular - realizado dentro da UFES, mais precisamente na Secretaria de Assuntos Comunitários, atualmente Departamento de Atenção à Saúde (DAS)¹, - tendo em vista a intervenção do Assistente Social nas demandas sociais, de saúde e de trabalho dos servidores

¹ Órgão da UFES responsável pelos serviços de assistência à saúde nas áreas de atenção, vigilância à saúde e perícia oficial dos servidores técnico-administrativos e docentes. Dispõe de atendimentos em serviço social, odontologia, psicologia, medicina do trabalho, junta médica pericial e junta pericial do trabalho. E também atende aos estudantes de baixo poder aquisitivo. Para outras informações sobre o DAS acesse: www.ufes.br

desta universidade. Esse estágio foi oportuno para aproximar-me da temática saúde do trabalhador, a qual tenho tido a oportunidade de aprofundar na prática profissional.

Em março de 2006, após concurso público, passei a atuar como Assistente Social, mais precisamente no Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador do HUCAM (NASTH²) localizado nas dependências deste HUF. Este núcleo tem como público alvo principal os servidores da UFES que laboram no HUCAM. No decorrer de minha trajetória profissional³ tornou-se necessário escutar e intervir nas demandas relacionadas à saúde dos servidores, entre eles os gestores de Divisão, cujas falas remetem a um desgaste em decorrência do trabalho. Percebemos que o discurso deles quanto à saúde do trabalhador tem como foco a doença, a licença para tratamento de saúde e, os riscos físicos e biológicos do ambiente de trabalho.

Além disso, devido à função de coordenadora do NASTH, durante cerca de quatro anos, muitas vezes estive na Direção do hospital e pude observar a movimentação de chefias de Serviços, gestores de Divisão e Diretores, todos em busca de respostas para os problemas emergentes e/ou para reclamar de demandas que foram apresentadas há anos, mas que ainda não foram resolvidas. Devido à abundância de questões levados à Diretoria, por vezes, percebia que isto causava desconforto nesses atores. Ao gestor de Divisão compete responder pelos diversos Serviços, portanto são pessoas-chaves dentro desta instituição que contribuem com a Diretoria no processo de conduzir este hospital. Compreendemos que a gestão de um hospital público trata-se de um processo dinâmico, que requer dos gestores diariamente tomada de decisões concernentes às questões organizacionais.

No HUCAM os gestores de Divisão e os chefes de Serviços ao se remeterem aos Diretores do hospital, muitas vezes diziam a seguinte frase: “preciso de uma resposta

² A equipe do NASTH: Assistente Social, Enfermeiro, Psicólogo, Médico do Trabalho, Médico Perito, Técnico em Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Técnico em Segurança do Trabalho, auxiliar administrativo e recepcionista. Principais atividades: realização de exames periódicos e notificação de acidentes de trabalho; controle de imunização ocupacional; elaboração e emissão de relatórios; homologação de atestados médicos e acompanhamento aos servidores em licença para tratamento de saúde e retorno ao trabalho. Algumas atividades do DAS são compartilhadas com o NASTH.

³ Em abril de 2007, também fui designada pela Diretoria deste hospital para responder pela coordenação do NASTH. Devido a isso mais uma Assistente Social foi inserida na equipe de trabalho do Núcleo.

urgente”. Devido à “urgência” das solicitações cheguei a associar a Direção do HUCAM como uma Unidade de Emergência. Neste sentido, as questões mais essenciais tem tido prioridade, contudo protela outras decisões e ações que, a nosso ver, são igualmente importantes para o conjunto da instituição.

Essa dinâmica na gestão do HUCAM me levou a refletir e, aguçou meu interesse em compreender o trabalho do gestor de Divisão. O qual parecia apresentar características de uma continua busca por resolver demandas emergentes, relativas à insuficiência de insumos básicos para realizar os procedimentos em saúde; enfermarias lotadas e não dispondo de vagas para internação de pacientes, dentre eles, as gestantes de alto risco; insuficiência de profissionais, principalmente de enfermagem, para compor as escalas de serviços, levando ao remanejamento interno de profissionais - sempre envolto em muitas dificuldades. Bem como, o fechamento de leitos, e entendemos que nisto consistem interesses divergentes entre enfermeiros e docentes-médicos. Além disso, cabe-lhe arbitrar conflitos nas relações de trabalho, entre outras atividades. O trabalho dos gestores de Divisão parecia ocorrer envolto em muita tensão e celeridade, em detrimento de produzir reflexões e sentidos prazerosos a cerca das atividades realizadas.

A partir do atendimento aos servidores do HUCAM e com o olhar voltado para a organização do trabalho, tenho pensado na dinâmica desse cenário do estudo. Trata-se de um espaço de encontros e (des) encontros de acadêmicos, gestores, professores, demais trabalhadores, residentes, usuários dos serviços do HUCAM e seus familiares. Entendemos que existem interesses divergentes que interferem na gestão deste hospital.

Neste estudo utilizamos o termo gestão para referir-nos ao processo de conduzir uma instituição que tem por finalidades o ensino, a pesquisa e a assistência a saúde humana: o HUCAM.

De acordo com Cecílio (2005), as agendas dos gestores são alvos freqüentes de episódios que ocorrem nas instituições, dentre eles os conflitos de interesses. Para Merhy (2002), dentro de um serviço de saúde cada ator tem uma visão diferente a

respeito da mesma instituição e os conflitos são inerentes a qualquer instituição e, explicam, em parte, a tensão que existe na área da saúde cujos acontecimentos comparecem freqüentemente nas agendas dos gestores.

Identificamos dois relevantes estudos acadêmicos a respeito deste HUF. Um deles realizado por Lima (2001) sobre o trabalho das enfermeiras no cotidiano do HUCAM, cujos resultados demonstraram: ausência de um plano de trabalho neste hospital, principalmente na Divisão de enfermagem; e, o absenteísmo por atestados médicos nesta categoria foi referido como um fator que dificultava a composição da escala de serviços. Igualmente, os dados indicaram insatisfação dos sujeitos do estudo com as formas de organização do trabalho, entre outros aspectos igualmente relevantes.

O outro estudo foi realizado por Drago (2011), com o objetivo de identificar como a gestão deste HUF tem sido afetada pelos interesses do ensino e da assistência no período de 2002 a 2010. Ao final, a autora concluiu que a gestão do HUCAM configura-se como uma arena de conflitos e interesses: distanciamento da Universidade para com este HUF; exigência para a prestação da assistência por produtividade a fim de assegurar recursos financeiros para mantê-lo em funcionamento e, isto tem implicado em grande influência da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) neste HUF; e internamente foram identificados fatores conflitantes entre o ensino e a assistência.

Por meio de revisão de literatura e sites de pesquisa científica percebemos que no Brasil sobressaem os estudos que abordam o tema da gestão em hospitais (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; REIS; CECÍLIO, 2009; DRAGO, 2011). Contudo, os estudos sobre o trabalho dos gestores de hospitais públicos ainda são escassos; identificamos os estudos de Silva (2004); Azevedo (2005), Azevedo, Fernandes e Carreteiro (2007); Weber e Grisci (2010).

Pesquisar o processo de trabalho dos trabalhadores da saúde é imprescindível para a compreensão daquilo que é produzido no cotidiano dos serviços de saúde, a fim de realizar mudanças para melhor (MERHY, 2002a, 2002b; MATOS; PIRES, 2006; FRANCO, 2006; CAMPOS, 2007b; FARIA, 2010; FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2010). Além disso, a Lei 8.080/90 preconiza estudos e pesquisas sobre o processo de

trabalho, tendo em vista que no trabalho existem riscos e agravos potenciais para a saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990).

No Brasil, os estudos sobre a saúde do trabalhador situam-se no âmbito da Saúde Coletiva e, desde os anos de 1970, retomou o conceito marxista de processo de trabalho como referência central para estudos dos condicionantes da saúde-doença relacionados ao trabalho, porque permite considerar a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde. A emergência da saúde do trabalhador ocorreu em fins da década de 1970, em um contexto de declínio do regime militar ditatorial devido à crise política e social. Trata-se de um período histórico no qual surgem e se fortalecem os chamados movimentos sociais, entre outros, o Movimento da Reforma Sanitária, que instigados pelo compromisso e em busca de mudança do complexo quadro de saúde da população trabalhadora reivindicavam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho fossem incluídas na atenção a saúde como direito universal (LACAZ, 1997; MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Para compreender o trabalho e a relação com a saúde do trabalhador torna-se necessário estudar o que o trabalhador faz, como o faz, quais ferramentas utiliza e quanto tempo emprega no que realiza. E em quais condições socioeconômicas, político, cultural ocorre o seu processo laboral.

No contexto do HUCAM, freqüentemente indagava-me a cerca da gestão deste HUF. Entendemos que a gestão, como plano de produção, tanto pode gerar modos de adoecimento para os trabalhadores, ou pode configurar-se como um espaço de criação de novas formas de trabalhar e produzir realização pessoal e profissional para o gestor e para os demais trabalhadores.

Cada vez mais perguntas foram surgindo sobre este tema que me remeteu a organização do trabalho deste hospital e, ao processo de trabalho dos servidores. Ao ingressar no Mestrado em Saúde Coletiva o fiz com o intuito de buscar respostas para as muitas inquietações, e neste sentido, também elaborar novos questionamentos a respeito do processo de trabalho do gestor de um HUF, mais precisamente o gestor de Divisão.

Nossa motivação para realizar este estudo deve-se ao anseio de contribuir para ampliar as pesquisas acadêmicas a cerca do processo de trabalho dos gestores de Hospitais Universitários, vinculados ao SUS. Em virtude disso, torna-se relevante a análise deste objeto de pesquisa.

E ainda, considerando o reduzido volume de estudos que abordam o trabalho dos gestores de HUF's, principalmente dentro do enfoque pretendido, isto consiste em uma das justificativas desta produção. Igualmente, no âmbito do HUCAM ainda não existiam estudos desta natureza, o que corrobora a pertinência desta pesquisa. O HUCAM ocupa posição estratégica não somente por estar vinculado a uma Universidade Federal e devido a isto constitui-se como um espaço de formação profissional e de realização de pesquisas sobre a saúde humana. Mas também pela sua inserção na rede de serviços do SUS⁴ como hospital de referência em alta complexidade para assistência a saúde, o que possibilita a prestação de um número consideravelmente elevado de internações e consultas ambulatoriais.

Como relevância científica importa destacar que ao analisar o processo de trabalho dos gestores de Divisão de um HUF, tornou-se necessário retratar a organização do trabalho. Desse modo, a pesquisa possibilitou a compreensão do modelo de gestão adotado.

Igualmente é um estudo oportuno, uma vez que a pesquisadora encontra-se há seis anos inserida como profissional de saúde nas atividades da instituição que foi o cenário da pesquisa. Portanto, existe certa aproximação com os sujeitos da pesquisa e entendemos que isto contribuiu para o seu êxito.

Ao pesquisar o processo de trabalho dos gestores de um HUF, afirmamos nossa aposta nas Políticas Públicas de Educação e Saúde. De acordo com o Artigo 6º da Constituição Federal de 1988, ambos são direitos a serem assegurados pelo Estado.

⁴ “O SUS é o arranjo organizacional do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim” (VACONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531).

Em suma, entendemos que no cotidiano deste hospital devem ser efetivados os direitos dos trabalhadores, dos estudantes e dos usuários do SUS.

E com este estudo pretendemos alcançar os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Analisar o processo de trabalho dos gestores das Divisões do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo.

Objetivos específicos:

Descrever e analisar o processo de trabalho dos gestores de Divisão;

Compreender o trabalho desenvolvido pelos gestores e a relação com a sua saúde;

Identificar se na função de gestor apresentaram algum adoecimento que eles relacionem ao seu trabalho.

1 DESENHO DO ESTUDO

Compreendemos que o desenho do estudo denota a postura do pesquisador diante do modo como o conhecimento científico é produzido. Existem múltiplas possibilidades para fazer uma pesquisa, a escolha de uma delas deve-se basicamente em função do projeto político do sujeito pesquisador. A seguir retratamos o cenário de pesquisa, os procedimentos metodológicos e a estrutura da dissertação.

1.1 CONHECENDO O CENÁRIO DE PESQUISA: O HUCAM

A fim de analisar o processo de trabalho dos gestores de Divisão tomamos como cenário de pesquisa o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo. Situado em Vitória, região Sudeste do Brasil.

A história desse HUF começou em 20 de dezembro de 1967, quando foi firmado um acordo entre o Governo do Estado do Espírito Santo e a Universidade. Aquele Órgão cedeu para a UFES o Sanatório Getúlio Vargas⁵, criado para tratamento de pacientes com tuberculose, todavia, nesse pacto⁶ a Universidade deveria comprometer-se a não abdicar da assistência aos pacientes portadores da citada doença⁷ (COSTA, 1997). Desse modo, o sanatório tornou-se um Hospital Escola (HE) - o HUCAM⁸.

Este HUF tem por objetivo primordial o ensino e a realização de pesquisas biomédicas que abrangem os cursos de graduação e pós-graduação das Ciências da Saúde da UFES. Bem como, prestar assistência médico-hospitalar a comunidade por meio de elevado nível científico e tecnológico integrado a rede estadual de saúde no âmbito do SUS como hospital de referência (UFES, 2010).

⁵ Inaugurado em 29/10/1942 com capacidade para 90 leitos e ampliado em 29/11/1950 para 234 leitos (RIOS, M, Z.). **Sanatório Getulio Vargas: medicina e relações sociais no combate a tuberculose no ES (1942-1967)**. 2009. 148 f. Dissertação de mestrado em História/UFES. Vitória- ES.

⁶ O acordo se deu após um movimento grevista dos estudantes de medicina nas ruas de Vitória, pois estes ainda não dispunham de um HE e por isto se deslocavam para outros hospitais da capital. Em 1961 fora realizado o primeiro vestibular da Escola de Medicina do ES (COSTA,1997).

⁷ Atualmente o HUCAM ainda é referencia estadual para tratamento de tuberculose multi-resistente.

⁸ Órgão Suplementar da UFES e Certificado de acordo com a Portaria Interministerial MS/MEC 2.400 de 02 de outubro de 2007. A qual estabelece os requisitos para Certificação de Unidades Hospitalares como Hospitais de Ensino (BRASIL, 2007).

Dentro do organograma da UFES, o HUCAM encontra-se vinculado ao Centro de Ciências da Saúde. Este dispõe de um Conselho de Deliberação Superior (CDS), composto pelo Diretor do Centro, os chefes de Departamentos dos cursos em Ciências da Saúde e um representante dos alunos de graduação, um representante dos médicos residentes, dois representantes dos servidores técnicos administrativos e ainda um representante da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do Espírito Santo (ES). Este Conselho trata-se de uma instância decisória e não operacional. Nele são definidos os tipos de procedimentos em assistência a serem disponibilizados no HUCAM, a fim de adequá-los ao Ensino; também delibera sobre o Regimento Interno, indicação de gestores de Divisão, entre outros assuntos inerentes a este HUF (UFES, 2010).

O organograma do HUCAM, conforme apresentado no ANEXO A, demonstra que no nível hierárquico mais elevado encontra-se o Conselho de Deliberação Superior e a Diretoria do HUCAM, composta pelo Diretor Superintendente e os Diretores dos cinco Departamentos: Departamento Médico, Departamento de Enfermagem, Departamento Administrativo, Departamento de Planejamento e Finanças e, o Departamento de Ensino e pesquisa. As 16 Divisões⁹ encontram-se subordinadas aos Departamentos. E, os 72 Serviços encontram-se hierarquicamente subordinados às Divisões. Além disso, ainda existem as Comissões assessoras permanentes¹⁰ e os Núcleos¹¹, os quais não constam no organograma, e remetem-se diretamente a Diretoria. Foi estabelecido no Planejamento Operativo 2010-2020 como um objetivo estratégico de sustentação e organização, identificar e redefinir a vinculação dos Núcleos (HUCAM, 2010).

De acordo com o organograma, o Departamento Médico é constituído pelas seguintes Divisões: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Serviços Complementares e Diagnósticos, Medicina Social e, Urgência e Emergência. O Departamento de Enfermagem é constituído somente pela Divisão de Enfermagem, porém concentra o maior número de funcionários do hospital. O Departamento de Planejamento e Finanças responde pela Divisão de Contabilidade e Finanças. O

⁹ No Organograma as Divisões estão representadas pela cor verde.

¹⁰ A Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.400 de 02 de outubro de 2007 define as Comissões assessoras obrigatórias para certificação dos Hospitais Escola, entre outras a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) implantada em 2011 e, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

¹¹ Entre outros, o NASTH, o Núcleo de Educação Permanente (NEP) e o Núcleo de Controladoria (NC).

Departamento Administrativo encontra-se composto pelas seguintes Divisões: Controle de Pessoal, Serviços Técnicos e Auxiliares, Serviços Gerais, Manutenção, Material e Patrimônio, e Divisão de projetos e obras¹². E o Departamento de Ensino e Pesquisa é composto pela Divisão de Ensino e pesquisa (HUCAM, 2010).

Segundo Brawerman (1987), o organograma de empresas ou de instituições não somente demonstra/delimita a esfera de atuação do gerente como também traduz a organização do trabalho. Para o autor ainda tem sido utilizada em escala expressiva, tanto nas empresas privadas como nos hospitais, a organização do trabalho pautada na hierarquia, controle e disciplina. Trata-se da tríade privilegiada da Administração Científica do trabalho, para controlar o trabalho e o trabalhador.

De acordo com Campos (1978), o fayolismo¹³ estabeleceu a estruturação hierárquica de uma empresa dividida em seções e agrupada em serviços. Assim, o chefe da seção encontra-se subordinado ao chefe dos serviços, o qual depende hierarquicamente do chefe da empresa. Para o autor “[...] seremos levados a concluir que nada como o nosocômio para tipificar a doutrina de Fayol” (p. 76). Percebemos que o HUCAM adaptou ao seu organograma os ideais da Administração Clássica tendo em vista a organização do trabalho verticalizado, estruturado em Serviços, Divisões, Departamentos e Diretoria. E o nível hierárquico demonstra a disposição do poder organizacional verticalizado.

Segundo Campos (1978), a separação entre as atividades-fim e as atividades-meio conceituadas por Fayol para uso nas empresas, foram adaptadas aos hospitais modernos. Para o autor, as atividades-meio tratam das seguintes áreas: financeira, segurança, manutenção da área física e de equipamentos, compras e almoxarifado, lavanderia e, demais serviços administrativos. Por sua vez, as atividades-fim englobam os serviços executados pelas várias especialidades do corpo clínico e enfermagem, nele inclui os Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento, bem como os Serviços de Nutrição, Serviço Social, Farmácia, e Odontologia. O HUCAM também

¹² As Divisões de Serviços Complementares e Diagnóstico, Medicina Social e Projetos e Obras não tiveram gestores no período em que foram feitas as entrevistas para este estudo. Inferimos que isto deve-se a não aceitação dos indicados para a função de gestor.

¹³ Henri Fayol, considerado o precursor da Administração Clássica.

adaptou do conceito fayolista, a subdivisão entre as atividades-fim e as atividades-meio ou de apoio, como demonstrado no seu organograma.

Ao longo das décadas, o HUCAM, ampliou o número de suas atividades de Ensino, pesquisa, extensão e de assistência. Atualmente é espaço de ensino para os cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudióloga, Medicina, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional e Nutrição. Desde 2007, por meio de convênio recebeu temporariamente 30 estudantes de medicina de outros países, essa procura vem reforçar a credibilidade desta Instituição Federal de Ensino. As pesquisas e os projetos de extensão materializam-se por meio de estudos desenvolvidos por Residentes nas diversas especialidades de Medicina, estudantes de pós-graduação (*lato sensu* e *stricto sensu*¹⁴). Bem como, em 2010, implantou o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que incluiu 12 residentes por ano (HUCAM, 2011b).

Trata-se do único hospital federal no ES e do maior da rede pública neste Estado. E seus serviços são disponibilizados 100% a rede do SUS, dentro da ótica de regulação de leitos e de especialidades. Caracteriza-se como hospital de grande porte¹⁵, com capacidade operativa de 311 leitos e dispõe de 129 consultórios, cujos atendimentos são realizados em cerca de 40 especialidades¹⁶. Destaca-se como hospital de referência de média e alta complexidade para diagnóstico e tratamento de AIDS, esclerose múltipla, pneumologia, tuberculose multi-resistente e hanseníase; para transplante renal, cirurgia geral e cardíaca, cirurgia do aparelho digestivo e bariátrica. Também é referência em mastologia, ginecologia/obstetrícia, entre outras especialidades médicas que requerem o uso de alta tecnologia para diagnóstico de doenças (HUCAM, 2011d).

¹⁴ Biotecnologia, Ciências Fisiológicas, Doenças Infecciosas e Saúde Coletiva.

¹⁵ Conforme classificação da Portaria do MS nº 2.224/2002 que visa estabelecer exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde.

¹⁶ Anatomopatológica; Anestesiologia; Ambulatório de Especialidades em: Cardiologia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica Reparadora e Cirurgia Vascular; Clínica Médica Geral, Clínica Médica Vascular; Dermatologia; Diálise (Peritoneal e Hemodiálise); Endocrinologia; Endoscopia; Fonoaudiologia; Fisioterapia; Gastroenterologia; Genética; Geriatria; Ginecologia; Hematologia e Hemoterapia; Hemodinâmica; Infectologia; Nefrologia; Nutrição e Dietética; Obstetrícia; Oftalmologia; Oncopatologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia Geral; Pediatria; e Unidade de Emergência; Psicopedagogia; Pneumologia Geral; Reumatologia; Serviço Social; Saúde Mental; Urologia.

A abrangência do HUCAM no quesito assistência em saúde vai além dos 78 municípios do Espírito Santo, pois comparece ali muitos pacientes dos Estados da Bahia e de Minas Gerais, bem como de Rondônia - norte do país (HUCAM, 2011c).

Em 2009, este HUF realizou 216.187 atendimentos. Dos quais 178.198 referem-se a consultas médicas, 22.723 a consultas de outros profissionais (assistente social, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos, nutricionistas), bem como realizou 9.473 internações e 577.531 exames laboratoriais de análises clínicas. Em 2010, realizou 384.281 exames laboratoriais; 167.621 consultas médicas; 10.574 exames de RX; 8.766 internações, entre outros procedimentos e atendimentos em saúde (UFES, 2010; 2011).

Além disso, comporta o banco de olhos¹⁷ do Espírito Santo que realiza a maioria dos transplantes de córneas deste Estado. E no ano de 2010, também realizou onze (11) transplantes de rim. Igualmente é referência para atender a pacientes com gestação de alto risco, portanto dispõe de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Importa ressaltar que devido ao número de recém nascidos neste hospital, em 2011, foi inaugurado uma filial de cartório para registro civil, o qual funciona durante duas horas por dia nas dependências do Setor de Maternidade (HUCAM, 2011b).

Tais dados demonstram a relevância deste HUF para a formação profissional em saúde e a realização de pesquisas, bem como para a rede de serviços do SUS. Todavia, para operacionalizar tal Instituição torna-se necessário dispor de insumos, leitos, trabalhadores e recursos financeiros. Importa assinalar que serviços de saúde dessa magnitude são complexos e altamente custosos.

De acordo com o quadro 01, o HUCAM tem capacidade instalada de 297 leitos. Isto significa leitos oficialmente registrados na central estadual de leitos, e que já estiveram em uso. Além disso, ainda foram planejados 14 leitos¹⁸, totalizando 311 leitos operativos. Contudo dos 311 leitos que poderiam ser utilizados no HUCAM, 105 deles encontram-se bloqueados. Ou seja, 35% dos leitos operativos não estão em uso.

¹⁷ Criado em 1998.

¹⁸ Estes 14 leitos foram planejados para a UTI Pediátrica e o Semi-Intensivo Pediátrico, porém ainda não estão em funcionamento devido à insuficiência de aporte de profissionais e equipamentos.

Quadro 01 - Capacidade de leitos HUCAM

Capacidade instalada de leitos	Leitos ativos	Leitos bloqueados	Leitos planejados	Capacidade operativa de leitos
297	192	105	14	311

Fonte: HUCAM - Núcleo de Controladoria (2011d).

No período em que estes dados foram contabilizados - julho de 2011 - o HUCAM somente teve 192 leitos em uso¹⁹. A não otimização da capacidade instalada de leitos do HUCAM deve-se ao déficit de profissionais do quadro efetivo, principalmente de enfermagem, cuja reposição encontra-se na dependência de autorização do Governo Federal para a realização de concurso público.

Importa ressaltar que dentro da lógica de regulação de vagas na rede do SUS, os leitos de Unidade de Emergência (UE) não são contabilizados porque pressupõem-se que este serviço refere-se a um período de observação e não de internação do paciente. Contudo, na UE do HUCAM a permanência dos pacientes em média se dá entre três a quatro dias, mas boa parte deles permanecem por semanas e até meses, visto que comparecem a esta Unidade casos graves que requerem diagnóstico preciso e tratamento prolongado. Estes atendimentos geram levados gastos, principalmente com medicamentos de alto custo, entre outros insumos. Contudo, o HUCAM não recebe pelo valor total da despesa porque não são considerados como leitos de internação. No que tange ao cadastramento dos leitos da UE na central de regulação de leitos, entendemos que trata-se de uma questão a ser repensada pelo Ministério da Saúde (MS). E no HUCAM, visualizamos a necessidade de negociação da transferência dos usuários da UE para as enfermarias do hospital.

No quesito composição do número de trabalhadores,²⁰ identificamos que o número de servidores da UFES lotados no HUCAM vem decrescendo ano após ano. Entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2011 foram registrados: quarenta e quatro aposentadorias, três casos de exoneração e quatro óbitos. Importa ressaltar que não tem tido concurso público para recompor o quadro de servidores e, as aposentarias, em sua maioria estão

¹⁹ Neste número não estão incluídos os 20 leitos da Unidade de Emergência, porque não estão cadastrados na central de leitos do Estado.

²⁰ Aqui consideramos trabalhador todo aquele inserido no contexto produtivo da instituição.

relacionadas à alta faixa etária e ao tempo de trabalho, pois grande parte dos servidores encontra-se inseridos neste hospital desde 1982 (HUCAM, 2012).

Os dados na tabela 01 retratam uma situação mais ampla e complexa do que aparentemente pode ser percebido. Devido à diversidade de vínculos empregatícios no HUCAM podemos identificar pelo menos quatro principais complicadores, que buscaremos explicitar a seguir.

Tabela 1 - Funcionários HUCAM conforme vínculo²¹ - julho de 2011

VINCULO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
MEC/UFES	930	51,98%
TERCEIRIZADOS	492	27,50%
FAHUCAM (Convênio* PMV)	120	6,71%
SESA** (Contrato)	111	6,20%
SESA (Estatutário)	56	3,13%
SAHUCAM*** (Voluntariado)	37	2,07%
MISTÉRIO DA SAÚDE	35	1,96%
PMV**** (Estatutário)	06	0,34%
PMV (Contrato)	02	0,11%
Total:	1.789	100%

*Fundação de Apoio ao HUCAM;

** Secretaria de Estadual de Saúde do ES;

*** Sociedade dos Amigos do HUCAM - responsável pelo registro dos trabalhadores voluntários no HUCAM,

**** Prefeitura municipal de Vitória.

Fonte: HUCAM - Núcleo de Controladoria (2011e).

De um total de 1.789 trabalhadores, somente 51,98% são servidores estatutários, vinculados ao MEC²², os demais 48,02% referem-se às outras formas de admissão e contratação de pessoal utilizada pelo HUCAM²³. Para obter permissão jurídica a fim de

²¹ Dados elaborados em julho de 2011 pelo Núcleo de Controladoria do HUCAM. Todavia, desde então sofreram algumas alterações. Isto porque alguns servidores vinculados ao MEC solicitaram aposentadoria e em março de 2012 a Prefeitura Municipal de Vitória encerrou o convênio com o HUCAM, que por meio da FAHUCAM mantinha 120 funcionários. Devido a isto, após muitas discussões e manifestações públicas, foi autorizada pelo Conselho Universitário da UFES a adição de setenta profissionais a uma das empresas terceirizadas que presta serviços para o HUCAM (jornal Gazeta Online, acessado em 08/04/2012).

²² Condiz com o número de servidores estatutários dos HUF's, conforme gráfico 01 capítulo três.

²³ Também tem sido feito assim em outros HUF's do país.

contratar empresas terceirizadas²⁴, requer grande investimento de trabalho por parte dos Diretores deste hospital. Após ocorre um sinuoso trâmite burocrático para realizar a licitação das empresas. Passada esta fase, os trabalhadores são admitidos ao trabalho. Todavia, o HUCAM arca com o pagamento das empresas terceirizadas, e isto acarreta um problema financeiro, que adiante explicaremos melhor.

Além disso, diferentes vínculos de trabalho em uma instituição hospitalar também ocasionam dificuldades administrativas. Dentre eles, conflitos gerados em decorrência na diferença dos direitos trabalhistas (carga horária, remuneração, licenças e etc.). Isto retrata a precarização dos vínculos trabalhistas e, contribui para fragmentar a luta pelos direitos do trabalhador²⁵. Outrossim, a cessão de servidores reforça a relação de dependência do HUCAM com outros órgãos públicos.

No que tange ao número de trabalhadores, alega-se que 1.789 ainda são insuficientes para suprir todas as escalas de serviço neste Hospital Escola, principalmente da área de enfermagem. Como resultado, desde 2008, o número de leitos em funcionamento tem sido drasticamente reduzido. Isto demonstra que todo o esforço de contratar trabalhadores via empresas terceirizadas ainda não tem sido suficiente para a resolução do quadro de pessoal.

Os recursos financeiros para manter este hospital são provenientes de pelo menos dois Ministérios: o MEC e o MS. Importa ressaltar que existem dois tipos de recursos financeiros: o de custeio e o de capital. Este é exclusivamente para compra de bens permanentes: cadeiras, computadores, macas, mesas e, equipamentos hospitalares em geral. Os recursos de custeio a princípio deveriam ser usados para custear as despesas de insumos: medicamentos, luvas, gases e etc. Os salários dos servidores estatutários federais, tanto aqueles da ativa como os inativos, são pagos pelo MEC que também, uma vez ao ano, envia recurso de capital para atender a projetos específicos dentro do

²⁴ Os contratos ocorrem mediante muitos entraves burocráticos e jurídicos. Os gestores do HUCAM têm investido muito tempo e preocupação a fim de mantê-los e ou renová-los. Tempo este que deveria ser usado para outras atividades na gestão.

²⁵ Os servidores da UFES podem vincular-se ao SINTUFES (Sindicato dos trabalhadores da UFES), os servidores da SESA ao SINDSAÚDE (Sindicato de Saúde) e os servidores da PMV ao SISMUV (Sindicato dos servidores Municipais Único da Saúde de Vitória). Os demais trabalhadores teriam de buscar outros sindicatos da categoria.

Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)²⁶. Além disso, podem advir recursos de emendas parlamentares, porém tais recursos não são fixos e nem freqüentes.

O MS envia os recursos de custeio via Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Esta secretaria contratualiza junto ao HUCAM os procedimentos de assistência para a rede do SUS: consultas, exames, cirurgias, internação, entre outros. Para tanto, estes dois órgãos estabelecem um contrato de metas, do qual faz parte o Plano Operativo Anual (POA). Neste documento estão definidos a quantidade de procedimentos mensais e o valor financeiro deles, e a Secretaria repassa a verba para HUCAM de acordo com o tipo de recurso (UFES, 2011). Atualmente 95% dos recursos de custeio são enviados pelo Ministério da Saúde, baseado no POA.

No que tange aos procedimentos de média complexidade (ambulatorial e hospitalar), este recurso é pré-fixado, baseado na produção do ano anterior. Os procedimentos de alta complexidade (ambulatorial e hospitalar) são pagos ao HUCAM após terem sido realizados, ou seja, o recurso é pós-fixado e dependente da produção.

Além disso, o HUCAM recebe recursos pós-fixado totalmente financiado pelo estado²⁷, isto é, o envio do recurso dependente da produção. Este recurso é usado para custear procedimentos que não constam na tabela SUS, e que o HUCAM tem tecnologia para realizar, e ou procedimentos que existem na tabela, porém com valor muito abaixo do necessário para seu custeio. Nota-se que a maioria destes procedimentos são de alta complexidade, alto custo, menos invasivos e com grande benefício ao paciente porque os menos invasivos requerem menor tempo de internação e de recuperação.

Há interesse do HUCAM em realizá-los para fins de ensino, para o Estado também interessa tendo em vista o grande número de decisões judiciais, que demandam atendimentos dessa natureza. Se esses procedimentos não forem realizados no

²⁶ Decreto Presidencial de nº 7.082 publicado em 27 de janeiro de 2010. Dentre eles citamos recursos enviados para compra de computadores e, verba para o Instituto de Oftalmologia que encontra-se em fase de construção – no HUCAM.

²⁷ A SESA cede uma pequena quantidade de recursos humanos para laborarem no HUCAM.

HUCAM, o Estado acaba tendo que comprar da iniciativa privada, com custo ainda mais elevado. São exemplos desses procedimentos: Quimioembolização de tumores hepáticos, tratamento endovascular de aneurismas de aorta abdominal, resignação sexual (mudança de sexo), entre outros de alta complexidade.

Daí a importância e o dever de registrar todos os atendimentos prestados neste hospital. Desse modo, a SESA - Órgão regulador do sistema de saúde no Estado do ES - constitui-se como mediadora da relação HUCAM e MS. Para Drago (2011), na contratualização dos serviços subjaz interesses dessa Secretaria a fim de ter este HUF como referência para a atenção terciária no sistema público de saúde do Estado do ES.

Considerando que o HUCAM trata-se de um Órgão público federal todas as suas despesas devem ser pagas com os citados recursos. Todavia, cerca de um terço dos recursos de custeio do HUCAM têm sido utilizados para pagamento das empresas terceirizadas às quais estão vinculadas 27,50% dos trabalhadores deste hospital, conforme dados da tabela 01. Contudo, percebemos que ainda assim não tem sido suficiente para evitar o fechamento de leitos.

A contratação de pessoal por meio de empresas terceirizadas gera gastos de recursos de custeio do HUCAM, que deveriam ser aplicados à aquisição de insumos para o funcionamento do hospital. Embora o HUCAM não tenha dívidas, ao contrário de outros HUF's, a redução dos recursos financeiros para aquisição de insumos implica em limitar compras de materiais, assim, por vezes, faltam insumos básicos neste hospital.

Importa ressaltar que alguns tipos de insumos utilizados, são quantitativamente elevados, por exemplo, as luvas, pois além do uso feito pelos profissionais também inclui centenas de alunos. E podemos inferir que os medicamentos utilizados são de alto custo, tendo em vista as patologias que ali são tratadas.

Diante desse contexto, percebemos que um dos grandes problemas deste hospital, que se arrasta há anos, mas ainda está mais evidente neste momento está relacionado ao quadro de trabalhadores. O que demonstra que a situação ora colocada requer urgente regularização por parte do Governo Federal, mais precisamente do MEC e do MS.

Contudo, pelos fatos aqui delineados, ao invés de concurso público para admissão de servidores estatutários, acreditamos que paulatinamente aproxima-se uma política de privatização para este órgão público. Isto será evidenciado nos capítulos três e quatro.

No que tange ao planejamento das ações e serviços, identificamos que na história do HUCAM foram realizados três Planejamentos Estratégicos (PE): 1996, 2004 e 2010²⁸, com a finalidade de definir as principais diretrizes, metas e projetos a serem ali implementados. Ao realizar este planejamento devem ser considerados os condicionamentos institucionais, e além das normas do MS e do MEC existe a Lei de responsabilidade fiscal (HUCAM, 2010).

Quanto à área predial, existem deficiências na estrutura física, elétrica e hidráulica. O prédio principal data da década de 1930 e falta adequação e reforma em vários setores. Bem como nos ambulatorios, os quais foram construídos há cerca de quatro décadas, e sua estrutura esta ultrapassada. Além disso, o Serviço de Arquivo Médico não comporta mais o volume de prontuários, tendo em vista o elevado quantitativo de usuários atendidos ao longo das décadas. Considerando que o serviço não é informatizado freqüentemente surgem dificuldades para localizá-los, nas velhas e empoeiradas prateleiras do setor. Ao não localizar o prontuário, os médicos não consultam os pacientes, isto tem gerado conflitos entre as necessidades de saúde do usuário e as limitações da instituição.

Enfim, retratamos um pouco do cenário desta pesquisa, pois muitas outras questões estão por abordar, algumas particularmente serão contempladas no capítulo da análise dos dados.

²⁸ O PE realizado em 2010 refere-se a um período de 10 anos.

1.2 PRESSUPOSTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“Pesquisa é portanto o caminho para se chegar à ciência, ao conhecimento” (BAFFI, 2002 sp).

A partir de acontecimentos e de práticas cotidianas o homem materializa inquietações que o instiga a buscar conhecimento que responda, pelo menos em parte, as suas indagações. O pesquisador faz a escolha do objeto de pesquisa e, ele tem implicações e responsabilidades éticas e políticas pelo estudo. Entendemos que é impossível o pesquisador distanciar-se totalmente do processo de pesquisa, contudo existe a possibilidade de criar uma visão crítica em relação ao objeto em estudo, consubstanciada pelo referencial teórico utilizado.

A fim de alcançar os objetivos do estudo corroboramos com Minayo (2008) que ciência se faz com teoria e método. A teoria possibilita a problematização do objeto e o método por sua vez permite discernir o caminho do estudo, contudo “[...] um método não é substituto para idéias [...]” (BAUER, 2002, p. 214). Portanto, a pesquisa científica trata-se de um processo dinâmico que requer muita leitura, reflexão e interpretação.

Este estudo é de natureza qualitativa. Optamos por este tipo de abordagem, pois apresentou-se mais adequado para alcançar os objetivos propostos, uma vez que teve a “[...] pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas, quanto à interpretação das práticas [...]” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 197). A pesquisa de natureza qualitativa possibilitou captar o processo dinâmico, inerente ao processo de trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM. Neste sentido, buscamos compreender e valorizar o significado atribuído pelos sujeitos da pesquisa ao fato pesquisado porque

[...] os entendemos como sujeitos sociais que estabelecem significados e teorias explicativas sobre o mundo ao longo de sua existência social. Ou seja, tais elaborações devem ser reconhecidas como portadoras de verdades e analisadas como retratando as conexões histórico-sociais que as produziram (DALBELLO-ARAUJO, 2008, p. 110).

Para a autora, tal postura não significa ausência de rigor em relação ao objeto de pesquisa. Neste sentido, o pesquisador deve tomar cuidado para que seus preconceitos e valores pessoais não excluam relevantes contribuições que poderiam ser obtidas no decorrer da pesquisa.

Neste estudo reconhecemos os sujeitos da pesquisa como autores da história, portanto valorizamos as suas opiniões, as percepções e o seu conhecimento a cerca do objeto de pesquisa. Consideramos os significados e as intencionalidades atribuídas por ele às relações, aos atos e fatos presentes no seu processo de trabalho. A abordagem qualitativa contribuiu para alcançar os objetivos deste estudo, pois permitiu compreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos do estudo ao fenômeno pesquisado, inscrito em um determinado contexto político, social e histórico. Contudo, importa ressaltar que isto não significa ausência de postura ética do pesquisador para com a pesquisa.

A instituição HUCAM, e os sujeitos do estudo, encontram-se inseridos em um contexto micro e macro, no qual confluem interpretações pessoais, aspectos institucionais e, também a ação ou omissão do Estado Brasileiro; refletindo as relações existentes na sociedade de forma geral. Trata-se pois, de uma realidade mutante, contraditória, que constrói vida, participação, submissão, dominação, exclusão, crenças, valores e sentidos para os atos humanos (ALVES-MAZZOTTI, 1998).

Neste estudo, não nos propomos a analisar dos riscos físicos, químicos e biológicos presentes no trabalho. Tendo em vista que as investigações do processo de saúde-trabalho ao estabelecer para todos os agravos riscos específicos, e ao se basearem no trabalho prescrito em detrimento do trabalho real, mostram-se insuficientes (ASSUNÇÃO, 2003). Aqui tivemos a preocupação de valorizar a inserção do trabalhador-gestor no contexto do trabalho e compreender os significados atribuídos por ele a sua saúde e ao trabalho na gestão.

Neste processo de investigação foi utilizada a entrevista como técnica de pesquisa. Segundo Minayo (2008), esta é uma técnica privilegiada de comunicação. E a “[...] entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores,

realizada por iniciativa do entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo” (p. 261). Esta técnica foi utilizada uma vez que, “[...] por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando os com profundidade [...]” (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998, p. 168). A entrevista contribui para evitar respostas superficiais. Portanto, apresentou-se como viável e exeqüível para obter os depoimentos dos gestores de Divisão do HUCAM sobre o seu processo de trabalho.

Como instrumento de pesquisa utilizamos um roteiro semi-estruturado, o qual contém perguntas fechadas e abertas (Apêndice B). Ao utilizarmos tal formato de roteiro “[...] o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada [...]” (MINAYO, 2008, p. 261). O instrumento utilizado possibilitou acrescentar outros questionamentos pertinentes ao tema no decorrer da entrevista, o que contribuiu para ampliar a compreensão do objeto de pesquisa.

1.2.1 Os sujeitos do estudo

Pensando sobre o porquê da escolha dos sujeitos deste estudo, identificamos que isto ocorreu paulatinamente e deve-se a fatores relacionados à trajetória profissional no HUCAM.

Os sujeitos deste estudo são os gestores de Divisão do HUCAM. O critério de escolha para participar da pesquisa foi exercer a função de gestor de uma das 16 Divisões deste hospital há pelo menos seis meses, contado no período da realização da entrevista.

De acordo com o Artigo 47 do Regimento Interno do HUCAM, o gestor de Divisão deve ser um servidor da UFES, designado pelo Diretor Superintendente. Visando aclarar o trabalho prescrito dos gestores de Divisão identificamos no Art. 54 que compete ao

chefe²⁹ (gestor) de Divisão coordenar e supervisionar as atividades da Divisão, visando à integração dos seus diversos Serviços e representá-los junto à Diretoria, bem como promover reuniões mensais com os chefes dos Serviços. As normas de funcionamento das Divisões devem ser apresentadas à Diretoria do HUCAM para posterior apreciação no CDS (HUCAM, 2010). A função do gestor de Divisão pressupõe lidar com pessoas, cuja finalidade é contribuir no alcance dos objetivos da instituição.

Considerando as atribuições prescritas dos gestores de Divisão no Regimento Interno e o sentido dos verbos, identificamos que: coordenar remete a organizar e ou dirigir dando orientação para que ocorra; supervisionar diz respeito a dirigir ou orientar; integração significa juntar, tornar parte integrante, integralizar (FERREIRA, 2010). Entendemos que nos serviços de saúde, o gestor ao contrário de ser “o principal entre outros”, torna-se necessário atuar “um com os outros”, nesse sentido, requer exercer a gestão com mecanismos democráticos ao invés de utilizar somente técnicas de controle e disciplina.

Tendo em vista o organograma do HUCAM, que pressupõe a divisão do trabalho e a localização do gestor de Divisão abaixo da Diretoria, na linguagem fordista isto lhe atribui a função de “gerente”. Segundo Junqueira (1990), a estrutura organizacional traduz um cenário onde se dão as relações de poder, pois quando os indivíduos ocupam posições diferenciadas isto remete ao arranjo organizacional do poder.

Cabe ao gestor de Divisão responder pelos Serviços. E de acordo com o Artigo 55 do citado Regimento, aos chefes de Serviços compete: coordenar, supervisionar e controlar o serviço, supervisionar o cumprimento de rotinas; organizar a sua programação e propor normas; supervisionar o pessoal, zelando pelo cumprimento deste Regimento e da disciplina (HUCAM, 2010). Segundo Foucault (2008), a disciplina tem sido adotada como uma tecnologia de gestão dos homens e, desde o século XVIII amplamente utilizado na organização do trabalho hospitalar. Percebemos descrito no Regimento Interno do HUCAM esse mecanismo de exercício do poder.

²⁹ Para este estudo substituímos o termo chefe de Divisão por gestor de Divisão, porque Weber e Grisci (2010) referem que o termo chefia encontra-se em desuso na atual literatura sobre gestão.

Quanto à área de atuação do gestor de Divisão, tanto pode ser aquela que responde pelos Serviços que prestam assistência ao paciente ou por aquelas que respondem pelas atividades-meio. A estes cabe-lhes gerir serviços administrativos e de apoio, tais como: higienização, manutenção de área física, hidráulica e elétrica, compras, vigilância, transporte, recursos financeiros, entre outras atribuições. As Divisões responsáveis pelas atividades-fim têm as seguintes atribuições, entre outras: organizar e supervisionar a prestação da assistência ao paciente, elaborar protocolos clínicos e assistenciais e buscar implementá-los.

Aos gestores de todas as Divisões compete realizar reuniões mensais com os chefes de Serviços e, apresentar as demandas deles à Diretoria do HUCAM. Neste sentido, inclui arbitrar conflitos, solicitar reparos e reformas em equipamentos e na estrutura física do prédio hospitalar. Outra atividade, diz respeito ao remanejamento³⁰ interno de servidores que apresentam limitações deliberadas pelos médicos peritos do Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor (SIASS)³¹. Isto envolve o servidor, o gestor, as chefias de Serviços e a Divisão de Controle de Pessoal; portanto esta atividade requer bastante tempo. Neste caso, o remanejamento tem a finalidade de inserir o servidor em outro setor/ou atividade com a preocupação de resguardar as limitações apresentadas temporária ou permanentemente por ele.

Outra causa para remanejamento deve-se a necessidade da instituição de completar as escalas de serviço, em decorrência da insuficiência de profissionais. Neste caso, tem sido mais freqüente na Divisão de enfermagem. O estudo realizado por Lima (2001) demonstrou insatisfação por parte das enfermeiras para com a atribuição de remanejar os trabalhadores. E igualmente foi identificado que causa insatisfação nos servidores que são remanejados. Para a autora, “[...] a face oculta do remanejamento tem sido, assim, revelada pela falta ao trabalho por diversos motivos, tais como justificativas por doença, falta sem justificativa, licenças” (LIMA, 200, p.224). Esta situação retrata

³⁰ Diz respeito à troca do servidor de um setor/ ou atividade para outro.

³¹ Nesses casos, o servidor também dispõe de acompanhamento multiprofissional: Assistente Social, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional - realizado pelo NASTH.

diferentes interesses da instituição e do trabalhador; e o remanejamento do servidor pode gerar conflitos³².

O gestor de Divisão tem sido chamado a administrar conflitos. Estes ocorrem entre os interesses e as necessidades dos usuários *versus* aquilo que é disponibilizado pela instituição. E, entre profissionais da mesma categoria ou entre diferentes categorias; e neste caso os motivos são diversos. Também surgem entre trabalhador *versus* instituição em decorrência de inadequadas condições de trabalho³³. E ainda, por causa do déficit de servidores, conforme descrito na tabela 01, tendo em vista as dificuldades decorrentes para elaboração da escala de serviços, principalmente de enfermagem. Nestes casos é freqüente a atuação do Sindicato dos trabalhadores da UFES na discussão.

Ao ter sido atribuído ao gestor a responsabilidade de coordenar e supervisionar as atividades da Divisão cabe a ele gerir interesses, necessidades e demandas. Portanto, implica em interagir com os chefes de Serviços, a Direção do hospital, os servidores e com o sindicato da categoria; bem como, por vezes, com os usuários dos serviços de assistência a saúde. Percebemos que o trabalho na gestão requer amplo uso da tecnologia relacional.

Em síntese, reconhecemos que o trabalho prescrito não consegue traduzir a devida dimensão de suas peculiaridades porque o seu detalhamento está muito além do estabelecido em um Regimento. Nesta pesquisa, ao analisar o processo de trabalho dos gestores, direcionaremos nosso olhar ao trabalho real.

No que tange a caracterização dos 12 sujeitos deste estudo, identificamos que: 04 são do sexo feminino e 08 do sexo masculino. Quanto ao vínculo, identificamos que todos os atuais gestores de Divisão são servidores da UFES, cujos cargos de origem são diversos: 05 são docentes do curso de medicina e os demais são técnicos

³² Os envolvidos nesses conflitos muitas vezes comparecem ao Serviço Social do NASTH.

³³ Quando os conflitos envolvem trabalhadores e a instituição e dizem respeito à saúde do trabalhador, usualmente tanto os gestores de Divisão, como as chefias de Serviço e demais trabalhadores recorrem ao NASTH. Podemos entender o NASTH como um espaço aberto para a expressão desses episódios, mas que também não tem poder decisório para determinar empenhos e compras de materiais e insumos para intervir nas condições de trabalho no HUCAM.

administrativos³⁴. Dos quais 02 são enfermeiras, 01 médico, 01 técnico em contabilidade, 01 técnico em eletrônica, 01 administrador e, 01 assistente administrativo. Importa assinalar que somente um deles ainda não fez graduação, dos demais alguns fizeram pós graduação, mestrado e doutorado. O tempo de atuação no HUCAM e na gestão encontra-se demonstrado no quadro 02. Os anos aqui contabilizados referem-se ao exercício da gestão na Divisão.

Quadro 02 - Tempo de atuação dos gestores na UFES/HUCAM e na gestão da Divisão /2011.

TEMPO NA UFES	TEMPO NA GESTÃO
07 anos	06 anos
19 anos	10 anos
31 anos	04 anos
35 anos	03 anos
16 anos	06 anos
30 anos	09 meses
08 anos	04 anos
16 anos	10 anos
15 anos	03 anos
20 anos	05 anos
25 anos	06 anos
20 anos	01 ano

O quadro 02 demonstra que quatro deles, exercem a função de gestor de Divisão durante a maior parte dos anos como servidor da UFES. E identificamos ainda que eles permaneceram na mesma Divisão, com exceção de dois deles que atuaram em duas Divisões. Além da experiência na gestão de Divisão, dois deles também exerceram temporariamente a função de Diretores de Departamentos do HUCAM; mas este período não foi contabilizado neste estudo.

³⁴ Dentro da classificação de servidores da UFES/MEC, técnicos administrativos são aqueles cujo cargo de origem não é de docente.

1.2.2 A trajetória do estudo

É impossível descrever em palavras todas as inquietações, encontros, orientações, sugestões, trocas, angústias e, produções que emergiram no decorrer da trajetória deste estudo. Destacamos as disciplinas teóricas especialmente as de Metodologia, a participação no GEMTES³⁵, a construção e a qualificação do projeto, as leituras críticas de textos e, sobretudo as contribuições da orientadora.

Uma vez o projeto de pesquisa elaborado, o mesmo foi apresentado ao Diretor do Departamento de Ensino e Pesquisa do HUCAM para apreciação. O qual assinou o Termo de Autorização. Em dezembro de 2010 o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFES sob o nº 298/10 e, intitulado: “Processo de trabalho dos gestores de Divisão de Serviços de um Hospital Universitário, na cidade de Vitória-ES” (ANEXO B). De posse da carta de aprovação, foi agendada a banca examinadora de qualificação do projeto de dissertação. Após apresentação oral do projeto pela pesquisadora, em 01 de abril de 2011, os professores da Banca examinadora o aprovaram. Em seguida, buscamos junto à instituição a listagem com os nomes dos gestores de Divisão. Na qual constavam somente 12 nomes de gestores, com os quais fizemos contato por telefone ou pessoalmente para agendar as entrevistas.

A pesquisa foi realizada em conformidade com as recomendações da Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Científica em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde – que estabelece como imprescindível para a participação no estudo a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Este Termo foi preenchido em duas vias; uma delas foi entregue ao entrevistado e a outra permaneceu com a pesquisadora que responsabilizou-se em mantê-lo em sigilo absoluto. Por meio deste Termo foram informados os objetivos e a metodologia deste estudo. Também foi lhes esclarecido sobre o livre-arbítrio de participarem ou não das entrevistas, deixando-os cientes de que não seriam prejudicados caso não quisessem colaborar. Foi-lhes explicado ainda

³⁵ Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde composto por professores e mestrados em Saúde Coletiva da UFES, o quais reúnem-se para discussão de projetos de pesquisa sobre trabalho e saúde. A participação neste Grupo muito contribuiu para a delimitação dos objetivos deste estudo.

que as entrevistas seriam gravadas em áudio e posteriormente transcritas, a fim de garantir a qualidade do maior número de informações expressas pelos sujeitos da pesquisa.

Durante o período de setembro e outubro de 2011 estivemos em campo para realizar as entrevistas, de modo individual, com os sujeitos desta pesquisa. Dos 13 gestores de Divisão em exercício, 12 foram contatados e aceitaram participar³⁶. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro com perguntas fechadas e abertas. A pesquisadora formulava uma pergunta e o sujeito do estudo respondia livremente e desse modo, sucessivamente, ocorreram às entrevistas. A pesquisadora não limitou-se ao teor do roteiro e, o entrevistado também poderia acrescentar outras informações que julgasse importante, além do que lhe foi perguntado.

No campo de pesquisa, ao explicar os objetivos para os sujeitos deste estudo eles prontamente se dispuseram a participar. Demonstraram-se interessados por relatarem sua experiência de trabalho na gestão do HUCAM. Entretanto, devido à dinâmica do trabalho na gestão, em alguns casos, a entrevista foi reagendada, de uma a quatro vezes. No decorrer das entrevistas, muitos deles manifestaram interesse que este estudo pudesse contribuir para melhorar o processo de trabalho dos gestores do HUCAM. E solicitaram que os resultados fossem usados para futura intervenção neste HUF.

Todos esses e tantos outros momentos contribuíram para a elaboração desta dissertação cujo resultado materializa-se não somente no papel, mas afeta diretamente a pesquisadora, a profissional, a mim. Enfim, a trajetória deste estudo foi bastante proveitosa e representa um dos percursos mais gratificantes por mim já feitos, tendo em vista a produção de sentidos.

³⁶ Importa ressaltar que no período das entrevistas existiam somente 13 gestores em ativa. Três divisões estavam oficialmente sem gestor; percebemos que isto se deve a não aceitação dos indicados para exercerem a função.

1.2.3 Tratamento e análise dos depoimentos

Após realizar as entrevistas cada uma delas foi transcrita no editor de texto Microsoft Word. Tendo em vista evitar a exposição dos sujeitos deste estudo suprimimos os nomes dos entrevistados pela Sigla G, seguida de um número de 01 a 12. Uma vez os depoimentos transcritos, buscamos organizá-los a fim alcançarmos os objetivos deste estudo.

Na presente pesquisa foi utilizada a análise qualitativa dos dados visando a construção de sentidos e a compreensão do objeto em estudo. No que tange à estratégia metodológica utilizamos a Análise de Conteúdo definida por Bardin (1977, p. 37) como:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A Análise de Conteúdo demanda um trabalho de leitura e releitura dos depoimentos, porque assim emergem as categorias de análise. As principais categorias analisadas foram: o trabalho, o objeto de trabalho dos gestores e as ferramentas de gestão por eles utilizadas; bem como a organização do trabalho e a saúde do trabalhador-gestor. Procuramos descrever e analisar o trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM e compreender a relação com a saúde deste trabalhador-gestor, a partir de seus depoimentos. Portanto, esta estratégia metodológica apresentou-se como apropriada para o presente estudo porque consente inferir interpretações aos significados atribuídos aos fatos relatados pelos sujeitos da pesquisa.

Dentre as modalidades de Análise de Conteúdo optamos pela Análise Temática por ser considerada apropriada para as investigações qualitativas no campo da saúde. Esta modalidade “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado [...]” (MINAYO, 2008, p. 316). A Análise Temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, posteriormente a exploração do material, bem como o tratamento dos resultados obtidos. Para a interpretação dos depoimentos proporcionamos um

diálogo entre eles e o referencial teórico. No decorrer de toda a investigação estivemos imersos em um processo de interpretação que também é um processo de produção de sentidos.

Reconhecemos que as análises deste estudo não são absolutas, definitivas e universais, pois o trabalho é um processo dinâmico, mutante e em continua transformação. Entretanto, os resultados aqui apresentados foram possíveis em um determinado tempo e espaço e para o qual foi fundamental o significado atribuído pelos sujeitos desta pesquisa aos fatos e, as inferências do pesquisador consubstanciadas pela teoria.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Desse percurso resultou esta dissertação, organizada em capítulos para facilitar o entendimento da temática abordada.

Inicialmente foi apresentado o objeto e a questão de estudo, bem como alguns conceitos e definições referentes ao processo de trabalho e, como surgiu o interesse por este objeto de estudo. No capítulo um foi apresentado o desenho do estudo.

O segundo capítulo versa sobre o trabalho como categoria histórica e social. Marx (2008) situa o trabalho em dois tipos de relação: o homem e a natureza e o homem com o homem. Apresentamos o conceito de processo de trabalho e ainda problematizamos o surgimento da organização do trabalho fundamentada na gerência científica. Além disso, discorreremos a cerca da gestão como atividade coletiva.

O terceiro capítulo versa sobre o processo de trabalho do gestor. Abordamos a peculiaridade do trabalho em hospital, destacando o contexto da gestão dos HUF's. Bem como, a singularidade do trabalho do gestor e também a saúde deste trabalhador-gestor.

No quarto capítulo analisamos qualitativamente os depoimentos dos gestores de Divisão do HUCAM. Para tanto, foi organizado em três eixos: a experiência na gestão, a organização do trabalho e a combinação entre a saúde e a gestão.

Em seguida, apresentamos nossas considerações. Nelas procuramos enfatizar os elementos mais relevantes deste estudo. Entendemos que não considerações finais sobre este objeto porque muitas outras análises deverão ser feitas a seu respeito, mas trata-se de um modo de registrar o entendimento até aqui sintetizado sobre este objeto de estudo.

Ao final, contém as referências e, nos apêndices e anexos constam respectivamente: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, o instrumento de pesquisa; o organograma do HUCAM e a carta de aprovação do CEP.

Esta dissertação estará disponibilizada no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFES e poderá ser acessada por estudantes e pesquisadores. Igualmente, a partir dela visamos confeccionar artigos para publicação em periódicos qualificados da área da Saúde Coletiva e Saúde do Trabalhador; e ainda, a apresentação dos resultados deste estudo aos gestores e demais trabalhadores do HUCAM, em Congressos³⁷ e outros eventos científicos.

Enfim, convido ao leitor a imergir neste texto e em seu contexto, o qual apresenta um cenário complexo, mas sujeito a transformações.

³⁷ A partir deste estudo foram feitas duas apresentações oral. Uma intitulada: “A Política de Gestão do Processo de Trabalho em Hospitais Universitários”, apresentada no V Congresso Brasileiro em Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado entre os dias 17 a 20 de abril de 2011, em São Paulo; cujo resumo foi publicado nos anais do Congresso. E a outra apresentação foi intitulada: “Trabalho e saúde dos gestores de um Hospital Universitário Federal”, apresentado no VI Congresso Nacional de Serviços Social em Saúde e IX Simpósio de Serviço Social em Saúde, realizado entre os dias 11 a 13 de abril de 2012 em São José dos Campos/SP, este resumo também encontra-se publicado nos anais do evento. Considerando não existir financiamento para esta pesquisa os gastos gerados foram custeados pela pesquisadora.

2 GERÊNCIA E GESTÃO: O PAPEL DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Para contextualização do objeto deste estudo – o processo de trabalho do gestor de Divisão do HUCAM – é necessário recorrer a dimensões mais abrangentes no qual o trabalho está situado. Ao longo dos séculos tem lhe sido atribuído diversos significados³⁸, contudo, aqui o abordamos com base na visão marxista.

Visando a conceituação do trabalho e a compreensão de sua forma de organização a partir do século XIX, este capítulo foi esboçado em três eixos principais: o primeiro versa sobre a centralidade da categoria trabalho e delineia o conceito de processo de trabalho; o segundo item narra o surgimento da gerência científica e sua influência na organização do trabalho. E no eixo 2.3 apresentamos um Método de gestão coletiva para os serviços de saúde.

2.1 A VISÃO MARXISTA SOBRE O TRABALHO: O CONCEITO DE PROCESSO DE TRABALHO

Segundo Marx (2008), a Categoria Trabalho é fundamental para a compreensão dos modos de existência dos seres humanos, porque as relações estabelecidas com a finalidade de produzir bens determinam os modos de organizar, viver, adoecer e morrer dos homens em sociedade. Para o autor, o trabalho trata-se de um processo social e histórico.

O trabalho humano distingue-se de qualquer outra atividade natural. De acordo com Marx (2008, p. 211), “[...] o trabalho é um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza [...]”. Nessa interação, o homem imprime ao trabalho a finalidade que tem em mente. Diferente dos animais que, embora realizem belas construções, somente ele é capaz de projetar mentalmente o produto

³⁸ A palavra trabalho é de origem latina *tripalium* - nome atribuído a um instrumento de tortura utilizado para castigar escravos devido a isso, inicialmente associado às palavras castigo e sofrimento (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

que deseja produzir. Para exemplificar isto o autor compara a arte das abelhas com a obra de um arquiteto.

[...] a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera, ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar a sua vontade (MARX, 2008, p. 212).

O trabalho é um processo intencional, realizado unicamente pelo homem, que age consciente e racionalmente. Para tanto o homem “[...] põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana” (MARX, 2008, p. 211). O homem age sobre as forças na natureza, submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à vida humana. Pois a atividade humana visa produzir bens que podem ser trocados por outros produtos para suprir diferentes necessidades socialmente construídas, entre outros: alimentação, moradia e vestimentas. Nisto consiste o produto do trabalho.

O autor destaca o trabalho como propriedade dos trabalhadores cuja dimensão agrega valor simbólico e concreto. Ao realizá-lo implica em transformações na natureza e na subjetividade dos trabalhadores. Por meio do trabalho o homem se constitui social e culturalmente como um ser criativo, reflexivo, capaz de tomar decisões antes de concretizar o produto. Trata-se de um ser relacional e histórico, produto de suas relações com a natureza, com os outros homens e com as instituições sociais. E, por meio do trabalho afirma-se não somente como um ser pensante, mas também como um sujeito que age intencionalmente e opera transformações sobre a natureza e sobre si mesmo.

De acordo com Albornoz (1986, p. 12-13),

natureza e invenção se entrelaçam no trabalho humano, em níveis diversos, da ação mais mecânica e natural a mais controlada e

consciente. Natureza e cultura se encontram no labor do parto, no cultivo do campo, na modelagem da argila, na invenção da eletricidade, como na produção de vitaminas em comprimidos, na montagem de cérebros eletrônicos e no envio de astronaves à lua.

Nesta perspectiva, o homem “[...] atuando sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza” (MARX, 2008, p. 211). Para o autor, o homem ao interagir com a natureza interage também com outros indivíduos e, nessa relação modifica-se e reproduz a espécie humana. Isto demonstra a importância atribuída ao trabalho para a compreensão das relações sociais.

Segundo Iamamoto (2005, p. 60), o trabalho trata-se de “[...] uma atividade prático-concreta e não só espiritual, opera mudanças tanto na *matéria* ou no objeto a ser transformado, quanto no *sujeito*, na subjetividade dos indivíduos, pois permite descobrir novas capacidades e qualidades humanas”. Neste sentido, o trabalho coloca o homem em ação não somente para produzir sua sobrevivência física, mas também possibilita realizar-se simbolicamente.

Marx (2008) delinea **o conceito de processo de trabalho**, o qual deriva da Categoria Trabalho e consiste nos seguintes elementos: “[...] a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (p. 212). Para realizar a atividade adequada a um fim torna-se necessário o objeto de trabalho e o instrumental de trabalho.

O homem por meio da mobilização de sua energia e da utilização de instrumentos, produz a transformação de objetos em produtos. Importa destacar a importância do instrumental de trabalho. “O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto [...]” (MARX, 2008, p. 213). Se nos primórdios da história humana eram utilizados como meios de trabalho os animais domesticados, pedras, ossos, madeira, entre outros, “O processo de trabalho, ao atingir certo nível de desenvolvimento, exige meios de trabalho já elaborados. [...] O uso e a fabricação de

meios de trabalho [...] caracteriza o processo especificamente humano de trabalho [...]” (MARX, 2008, p.213).

Desse modo,

O que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz. Os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e, além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho (MARX, 2008, p. 214).

O autor destaca a relevância dos meios de trabalho. A partir deles são definidos os períodos econômicos e também retratam o desenvolvimento da força de trabalho e, ainda, demonstram em que condições sociais o trabalho é exercido. Para tanto são necessários habilidades e conhecimento que podem ser adquiridos por meio de experimentação e repetição e transmitidos mediante aprendizagem. A ampliação do conhecimento no trabalho acarreta a elaboração de meios de trabalho mais sofisticados. Neste sentido, quanto mais desenvolvidos forem os meios de trabalho tanto mais elevado o grau de dominação do homem sobre as forças da natureza.

Segundo Paulo Netto e Braz (2009), o conjunto dos elementos: os objetos de trabalho, a força de trabalho, e os meios de trabalho - designa-se por forças produtivas. Das quais a força de trabalho é considerada como a mais importante, pois somente ela pode produzir mais capital. À medida que as forças produtivas se desenvolvem modificam a organização do trabalho, isto é, modificam a forma como os homens se organizam e se relacionam no trabalho e com o trabalho.

A construção da história dos seres humanos passa pelo contexto em que o trabalho é exercido. As transformações na natureza e no homem expressam a capacidade dele agir intencionalmente e com isto produzir novos meios de trabalho (máquinas, esteiras e etc.) e novos produtos (carros, equipamentos movidos a energia). Também acarretou a divisão social do trabalho e a divisão parcelar do trabalho, e também modificou os modos de existência dos seres humanos.

Segundo Marx (2008), a divisão social do trabalho deriva do caráter específico do trabalho humano uma vez que, o homem pode ao mesmo tempo atuar como: tecelão,

pescador, construtor, entre outros. Isto somente é possível quando o trabalho ocorre em sociedade. “A divisão social do trabalho é aparentemente inerente característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela” (BRAVERMAN, 1987, p. 71-72). A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção e, designa a especialização das atividades produtivas e outras atividades necessárias para a reprodução da vida (PIRES, 2008a).

Além da divisão entre categorias profissionais, surge também a divisão parcelar do trabalho. Marx (2008 p. 484) descreve esta divisão nas seguintes palavras “[...] dividindo-se os trabalhadores em trabalhadores manuais e supervisores de trabalho, em soldados rasos e suboficiais do exercito da indústria”. Desse modo, “[...] surge para além da divisão de tarefas diretamente operativas, **uma divisão mais profunda:** a divisão entre a concepção (e/ou administração) dos processos produtivos e a sua execução [...]” (PAULO NETTO; BRAZ, 2009 p. 112, grifo nosso).

Esta divisão “[...] torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção [...]” (BRAVERMAN, 1987, p. 72). Isto acarreta a fragmentação do processo de produção e, por conseguinte a perda dos trabalhadores sobre o controle do processo de trabalho. O modo de trabalhar, no qual os seres humanos se organizavam como preferiam, passou a ser dominado e modelado pela ordem capitalista. Isto levou a alienação do trabalhador em relação ao trabalho.

Desse modo, “[...] quanto maior o controle sobre o processo de trabalho, mais próximo da divisão social do trabalho; e quanto menor o domínio sobre o processo de trabalho maior aproximação com a divisão técnica ou parcelar do trabalho” (PIRES, 2008b, p. 133).

Segundo Marx (2008), a alienação³⁹ do trabalhador ocorre não somente em relação ao processo de trabalho, devido a ter de executar o que foi concebido e planejado por outro, e o produto, ao invés de pertencer ao trabalhador que o produziu, pertencer ao

³⁹ De acordo com Quintaneiro, Barbosa e Oliveira (1995, p.97) o termo alienação utilizado por Marx foi traduzido do alemão e expressa a idéia de “tornar-se estranho a si mesmo”, “não reconhecer-se em suas obras”, desprender-se, distanciar-se, perder o controle sobre algo.

capitalista, mas porque os trabalhadores deixam de reconhecer que são construtores da riqueza social acumulada. Nisto consiste o distanciamento do trabalhador com o seu próprio trabalho.

Em síntese, a luta pelo poder fez emergir nova tentativa de dominação dos processos produtivos, desta vez em nome da ciência. Contudo trata-se de mais uma investida para ampliar o controle sobre a execução do trabalho e, por conseguinte sobre o trabalhador.

2.2 GERÊNCIA CIENTÍFICA: A ADMINISTRAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

O modo de organizar o trabalho sofreu variações ao longo dos séculos. Autores que se basearam em Karl Marx desenvolveram no início do século XX a Categoria Organização do Trabalho da qual Taylor, Ford e Fayol foram considerados os principais pensadores. O modelo de organização do trabalho denominado de taylorismo/fordismo dominara o modo capitalista de produção no decorrer do século XX (CHIAVENATO, 1987). Os quais influenciaram não somente a grande indústria moderna, mas também o setor de serviços, dentre eles os serviços de saúde. A seguir importa discorrer sobre a gerência científica visando aclarar a administração do processo de trabalho.

Nesta perspectiva, o movimento da gerência científica iniciado por Frederick Taylor (1856 -1915) em fins do século XIX e início do século XX foi impulsionado pelo “[...] enorme aumento no tamanho das empresas, o início da organização monopolista da indústria e, a intencional e sistemática aplicação da ciência à produção [...]” (BRAVERMAN, 1987, p. 82). Para este autor, a gerência científica significa um empenho no sentido de aplicar os métodos da ciência aos problemas complexos e crescentes para o controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão naquele período da história. Taylor trata dos alicerces da racionalização e organização dos processos de trabalho no chão da fábrica e do controle sobre o trabalho e a

produção. Para tanto, a gerência moderna foi âncora em princípios com a finalidade de nortear a organização do trabalho e evidenciar os produtos produzidos.

O primeiro princípio visa “[...] a coleta e desenvolvimento dos processos de trabalho como atribuição exclusiva da gerência [...]” (BRAWERMAN, 1987, p.108). A elaboração de tal princípio pressupõe que o trabalho realizado de modo espontâneo gerava grande desperdício de produtividade. Portanto, consiste em reunir o conhecimento sobre o processo de trabalho nas mãos da gerência a fim de impor ao trabalhador utilizar métodos planejados e testados, com procedimentos e movimentos mais racionais, tendo em vista assegurar um modo mais eficiente e produtivo de trabalho. Isto implica em substituir os métodos empíricos de trabalho, como o critério individual do operário e a improvisação, por uma “ciência”. Isto traduz a expropriação do saber operário e, por conseguinte trata-se de uma forma de dominação. Importa ressaltar que “[...] toda dominação procura diminuir a autonomia e liberdade das pessoas” (CAMPOS, 2007, p.33b).

Segundo Leite (1994, p. 64), “[...] a expropriação do saber operário nunca poderia ocorrer de forma absoluta, na medida em que o capital continuava dependendo desse saber para que os trabalhadores pudessem resolver os problemas não previstos do processo produtivo [...]”. Percebe-se que a administração científica do trabalho embora vise retirar do trabalhador o controle sobre o processo de trabalho, não pode tirar do trabalhador sua capacidade imaginária, criativa, tendo em vista que o pensar e o saber são inerentes ao ser humano. E em última instância também não o faz porque depende dele para continuar a produção. Mas certamente o taylorismo buscou limitar o saber operário. Visto que, “[...] o fato de pensar no modo de realizar a tarefa cria resistência no operário, dificultando-lhe seguir à risca as prescrições da gerência sobre o modo racional de trabalhar” (BORGES, 2001, p. 24).

O outro princípio define a separação entre concepção/planejamento/controle e execução. E demonstra distinção de poder entre trabalhadores e dirigentes. “[...] Dos primeiros espera-se ordem, habilidade e obediência. Dos segundos, iniciativa, audácia criatividade e domínio da arte de comandar. O taylorismo tomou esta distinção como natural e inevitável” (CAMPOS, 2007, p.26b).

Cabe à gerência as funções de planejamento e controle de cada fase do processo de trabalho. Isto consiste em controlar o trabalho para certificar-se de que o mesmo está sendo executado de acordo com o método estabelecido e o plano de produção. Além disso, afirma a centralização do poder de planejar e de decidir sobre o processo de trabalho na direção da Empresa (BRAWERMAN, 1987).

Desse modo, uma característica essencial da gerência científica é à sistematização do controle sobre o trabalho. Neste sentido, seria necessário à gerência impor ao trabalhador, de maneira rigorosa, como o trabalho deveria ser executado. Antes do taylorismo, a gerência respondia pela fixação de tarefas, com pouca interferência sobre o modo do trabalhador executá-las. Contudo, posteriormente, nenhuma decisão sobre a execução de alguma atividade simples ou complexa do trabalho deveria ser tomada pelo trabalhador, pois isto caberia tão somente ao gerente. A função de gerente foi criada com a finalidade de aplicar os métodos e sistemas de racionalização do trabalho à produção (BRAWERMAN, 1987).

De acordo com Brawerman (1987), esta nova forma de gerenciar caracteriza-se pelo intento de controlar o processo de trabalho, incluindo a esfera das decisões no processo de execução. Para o autor, a gerência científica fala em nome da ciência, entretanto não a representa de fato porque para ela não importa o ponto de vista humano. Ao invés disso, suas pressuposições refletem tão somente a perspectiva de adaptação do trabalho aos interesses do capital. Ao buscar expropriar o trabalhador do seu saber, e passar o conhecimento e o controle sobre o processo de trabalho às mãos da gerência, centrados nos escritórios a fim de planejá-lo, teve por objetivo ampliar o domínio, pelo capital, sobre o processo produtivo, e limitar a autonomia do trabalhador sobre o seu processo de trabalho.

Segundo Albornoz (1986), o trabalho moderno encontra-se submetido à maior alienação, uma vez que a produção industrial visa retirar do trabalhador o controle sobre o processo de trabalho e por ser uma produção mecanizada e em série, o destitui o caráter original do trabalho humano que é projetar todo o produto antes de produzi-lo.

Nos princípios da gerência científica do trabalho subjaz a tentativa de limitar a autonomia e a iniciativa do trabalhador. Segundo Campos (2007, p.25b) “a gerência de moldes tayloristas assenta-se, portanto, sobre a necessidade de conservar alienada a maioria dos trabalhadores”. Foram criadas condições fundamentais para que a gerência definisse os modos e os tempos de produção e, por conseguinte estabelecesse os rendimentos de cada trabalhador. Isto significa que os trabalhadores passaram a ser vistos como incapazes de decidir sobre o seu processo produtivo.

Para tanto, foram colocá-los “[...] sob domínio de uma forte estrutura hierárquica encarregada da vigilância e fiscalização da produção, a fim de garantir que os objetivos traçados pela administração fossem seguidos à risca pelos produtores” (LEITE, 1994, p.60).

A palavra hierarquia deriva do grego (*hieros, sagrado; arché, governo*) e seu significado ampliado envolve as relações de governo e de subordinação entre funcionários da mesma corporação, quer seja hierarquia militar, religiosa ou administrativa. “Na administração, a hierarquia visa a centralizar o comando, distribuindo missões entre os órgãos subordinados, implicando, assim, em *chefias intermediárias*, cuja ação, no entanto, se subordina às da autoridade superior” (CAMPOS, 1978, p. 35). A hierarquia remete a “[...] ordem e subordinação aos poderes eclesiásticos, militares e civis” (FERREIRA, 2010, p. 398).

A hierarquia denota poder de comando manifestado sobre os subordinados. Na Administração admite-se o surgimento de novas lideranças subordinadas, todavia, o exercício da autoridade de mando permanece centralizado nas mãos daquele que ocupa a mais elevada posição na escala hierárquica. A hierarquia pressupõe submissão/dependência ao comando de outrem. O conceito de hierarquia, conseqüentemente, designa a classificação de autoridade dentro das instituições, empresas ou corporações. Nesta perspectiva, para o exercício da autoridade de comando importa o nível hierárquico mais elevado e o uso de mecanismos disciplinares.

Segundo Motta (1997, p. 37-38), “é com a fábrica que nasce a hierarquia burocrática capitalista. Ali, hierarquia e divisão parcelar do trabalho se conjugam como molas propulsoras de uma forma de reprodução do capital [...] E é evidente que a hierarquia está voltada para o controle e a vigilância [...]”. A hierarquia no contexto do trabalho utiliza mecanismos disciplinares que geram submissão de uns sobre outros, visando aumentar a produção de bens e serviços.

A administração científica do trabalho divide e fragmenta o trabalho baseado em postos do trabalho e em rendimentos individuais, cujos trabalhadores ocupam posições diferenciadas pelo poder e pelos salários, a saber: gerentes, supervisores, operários de linha, entre outros. Tal divisão proporciona a competição e a quebra da solidariedade o que gera oposição entre eles; aos quais se propõe uma remuneração baseada no salário diferencial e na adoção de prêmios mediante o rendimento na produção (BRAVERMAN, 1987; LEITE, 1994). Nesta perspectiva, ao ocorrer à divisão do trabalho o produto resulta de uma grande quantidade de operações executadas por trabalhadores especializados em cada tarefa e sob controle da gerência. A gerência científica foi pensada com a finalidade de dar evidência aos produtos produzidos.

Igualmente, Henry Ford (1913 - 1947) consubstanciado pelo taylorismo propôs “transformar os tempos mortos da produção em tempos produtivos”. Ao fundamentar a organização do trabalho em torno da correia transportadora⁴⁰ definiu a submissão dos trabalhadores à velocidade imposta pela linha de montagem. Conseguiu garantir para a fábrica a regularidade dos movimentos do trabalhador, o parcelamento das tarefas, o funcionamento ininterrupto da produção, e o aumento da produtividade. Este processo de trabalho resultou em ritmos excessivos, trabalho repetitivo de caráter simplificado e destituído de significado. Estabeleceu uma rigorosa vigilância exercida pela hierarquia administrativa. Ao introduzir a linha de produção em massa, em contraposição ao modo artesanal de produção, o automóvel passou a ser produzido em larga escala e, isto influenciou o mundo e as relações com o capital. Surgia o fordismo. O qual adicionou

⁴⁰ “[...] onde é fixada a parte principal do produto a ser fabricado, na qual os trabalhadores devem, por sua vez, fixar os outros competentes do produto de forma a obtê-lo totalmente montado no final da linha [...]” (LEITE, 1994, p.61).

ao taylorismo a preocupação com o mercado, visando evidenciar cada vez mais produção dos produtos.

Se para Taylor na organização do trabalho importava a tarefa, o rendimento individual e o isolamento do trabalhador, por sua vez o fordismo com a produção em série remete a uma socialização do ritmo do trabalho e, portanto, nele o posto de trabalho tem um sentido especial para a organização industrial. Ford ao automatizar a linha de montagem amplia o trabalho excedente, obtendo, mais trabalho no mesmo período de tempo. Devido a isto, materializa um novo modo de gestão da força de trabalho cujas técnicas de controle são ainda mais sutis (LEITE, 1994). Desse modo, Henry Ford, em 1913, baseado nos princípios de taylorismo, “[...] buscou além da divisão entre execução e planejamento, uma subdivisão do próprio trabalho de execução, atingindo, dessa forma, mais que a divisão, **o parcelamento das tarefas** [...]” (LEITE, 1994, p. 62, grifo nosso).

De acordo com Leite (1994), o taylorismo e o fordismo se complementam e, representam o sistema produtivo que dominou a grande indústria capitalista no século XX; caracterizada pela produção de mercadorias em massa. Estruturada a partir de uma produção homogeneizada e bastante verticalizada visando diminuir o desperdício na produção, a fim de reduzir o tempo e aumentar o ritmo do trabalho. Este padrão produtivo foi estruturado com base na divisão parcelar do trabalho. Para o trabalhador significa a repetição de atividades e o não acompanhamento completo do processo de trabalho. Nas palavras de Antunes (2007, p. 37) “[...] Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela mescla da produção em série fordista, com base no cronômetro taylorista, além da vigência de uma separação nítida entre a elaboração e execução [...]”.

Segundo Brawerman (1987), a função da gerência está associada à idéia de planejamento e controle. Para o autor, o controle é o conceito fundamental para os sistemas gerenciais. De acordo com Junqueira (1990), o produto do trabalho do gerente é avaliado mediante o desempenho de sua equipe.

Outro clássico da literatura sobre a teoria administrativa foi Jules Henri Fayol (1841-1925), cujas idéias são denominadas de fayolismo. Ele ocupou-se em especial com a direção da empresa⁴¹, e para tanto formulou uma série de princípios com o intuito de garantir o controle total da empresa por meio de um enfoque sistemático da administração. Devido a isso, a ele atribui-se a clássica visão do administrador: planejar, organizar, comandar e controlar. Este corpo doutrinário remete a uma hierarquia verticalizada. Para Fayol, “[...] a decisão burocrática é monocrática, o fluxo de comunicação de cima para baixo legítimo e a organização é vista como um sistema de papéis em que pessoas não importam [...]” (CECÍLIO, 2006, p. 290). Trata-se, de um modo de organizar o trabalho no qual prevalece o poder centralizado nas mãos da minoria, cuja maioria dos trabalhadores é subjugada.

De acordo com Campos (2007b, p. 23), “[...] ainda que o campo da gestão tenha se ampliado desde 1911, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. A este eixo conformador do taylorismo denominou-se Racionalidade Gerencial Hegemônica”. As bases do taylorismo: disciplina e controle são levadas a efeito por uma série de arranjos organizacionais a fim de empobrecer as expectativas dos trabalhadores no que diz respeito ao mundo da produção.

O controle diz respeito ao “ato ou poder de controlar. Fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, de órgãos, etc., para que não se desviem das normas preestabelecidas” (FERREIRA, 2010, p.197). Comando e controle pressupõem centralização do poder e, para tanto têm sido utilizados diversos mecanismos disciplinares, ajustáveis a cada período histórico e a cada tipo de empresa ou instituição prestadora de serviços.

De acordo com Foucault (2008), a disciplina pode ser considerada uma tecnologia política de exercício do poder, que utiliza diversificadas técnicas, procedimentos e instrumentos. Este pensador demonstrou como a introdução de mecanismos disciplinares nas prisões, escolas, exércitos, estabelecimentos religiosos e militares,

⁴¹ Como herança da ideologia da especialização do trabalho elaborada por: Taylor, Fayol e Weber criou-se o Departamento Administrativo porque acreditava-se que a administração era algo distinto dos demais setores da empresa (BRAWERMAN 1987; MATOS; PIRES, 2006).

bem como em hospitais cooperou para a disseminação de um modo eficaz de dominação. Isto porque desde o século XVIII quando o poder disciplinar foi aprimorado como uma nova técnica de gestão dos homens ele passou a ser amplamente utilizado na organização do trabalho, especialmente nesses serviços. A disciplina foi considerada uma das grandes invenções daquele século. E a princípio foi empregada para reorganizar o hospital marítimo e militar.

Afinal, cabe perguntar: como se expressa a disciplina dentro dos processos de trabalho? Para Seligmann-Silva (2011, p.167), “[...] as disciplinas inscrevem-se nos processos de trabalho a partir da forma como é prescrita e controlada a divisão das atividades e daqueles que as executam, dentro dos espaços e horários. Portanto, a disciplina se insere na organização do trabalho [...]”.

A institucionalização da disciplina “[...] ocorre por meio de regulamentos e normas internas, de práticas administrativas diversas, inseridas ao longo das linhas hierárquicas, da fixação de procedimentos de serviço detalhados e de regras de comportamento [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.168). Os procedimentos que aparentemente são destinados a tornar o trabalho mais eficiente, neles subjazem um objetivo disciplinador e, por conseguinte disfarça o uso de autoridade de uns sobre outros dentre das instituições. A autora também destaca que “[...] quanto mais minuciosos forem esses corpos de regras e quanto maior for o aparato destinado a controlar o seu rigoroso cumprimento, mais fortemente estabelecida estará a disciplina e menor será a liberdade [...]” (idem).

Segundo Foucault (2008), a transformação do hospital no final do século XVIII, ocorreu por meio de mecanismos disciplinares. O poder até então centrado nas mãos dos religiosos, passou às mãos do médico, que desde aquele período tornou-se o principal responsável pela organização do trabalho nesta instituição. Além disso, o uso da disciplina também tornou possível a medicalização dos pacientes e, a separação deles em enfermarias especializadas com base no saber médico. Igualmente, no exército e na escola, a disciplina foi responsável pela distribuição espacial dos indivíduos. Ao soldado foi ensinado colocar-se, deslocar e comparecer onde for necessário, a fim de alcançar máxima eficácia na sua função. E, nas escolas foi possível oferecer aos alunos

um ensino coletivo. Outra finalidade é o registro contínuo de todas as informações para remetê-las aos superiores na escala hierárquica, a fim de informar detalhadamente os acontecimentos ao que encontra-se no cume da pirâmide disciplinar. Desde então a disciplina tem sido utilizada na arte da distribuição espacial dos indivíduos, no registro dos seus atos, no controle de suas ações e, conseqüentemente na vigilância das pessoas.

Em síntese, a organização do trabalho fundamentada na hierarquização e na divisão das atividades de trabalho, segundo a lógica da administração científica, corrobora a diferença de poder. Entre dirigentes e executores, entre quem toma as decisões e sobre quem recaem estas decisões. Isto reafirma sistemas de direção com poder centralizado e, o uso do controle e da disciplina, por conseguinte acarreta o aprisionamento da vontade e do uso da criatividade da maioria dos trabalhadores. Os trabalhadores são considerados como recursos (humanos) destituídos de desejos, simplesmente considerados como força de trabalho. Para Campos (2007), esse modelo de organização do trabalho acaba gerando trabalhadores destituídos de até desejarem participar da gestão dos serviços onde trabalham.

Percebemos que a organização do trabalho tem sido ajustada ao propósito de controlar o trabalhador e a produção. A seguir buscamos problematizar a gestão em serviços de saúde.

2.3 PRODUZINDO UM NOVO PARADIGMA: A CO-GESTÃO

Há anos busca-se problematizar a gestão em saúde sob uma perspectiva democrática. Cecílio (1994) aborda os processos de condução do trabalho em saúde, e Campos (1998) sugere a invenção de um método de gestão colegiada centrada em equipes de saúde. Trata-se do desafio de construir uma gestão que produza autonomia e compromisso dos trabalhadores.

Para Campos e Campos (2008),

os termos gestão e administração referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições. Política, portanto. **Gestão diz respeito à capacidade de dirigir**, isto é, confunde-se com o exercício do poder. Em sua origem, na Grécia clássica, o termo 'política' tinha exatamente esse significado. '*Polis*' era a cidade, e a política era a capacidade de fazer a gestão democrática das cidades estado (CAMPOS; CAMPOS, 2008, p. 231, grifo nosso).

Os autores destacam a relação intrínseca entre a política e a gestão, em sua origem na Grécia clássica. No entanto, a constituição da administração e da gestão como um campo de conhecimento estruturado e sistematizado acarretou ruptura entre política e gestão. Para os autores, isto deve-se ao advento da Administração Científica do Trabalho cujos ditames ainda regem a organização do trabalho, quer seja na indústria, quer seja no setor de serviços. Nesse modelo, “[...] Taylor pretendeu apresentar uma metodologia que permitisse a existência de uma gestão técnica, com base em evidências, e não orientada por disputas políticas entre interesses e valores distintos” (CAMPOS; CAMPOS, 2008, p. 231). Isto demonstra despolitização e, por conseguinte o aumento do tecnicismo na gestão.

A Administração Científica do Trabalho também acarretou a centralização do poder nas mãos de uma minoria denominada de gestores/Diretores. Devido a isso “[...] a centralização do poder nos gestores (dirigentes) é a pedra de toque das múltiplas variedades de métodos de gestão ainda hoje existentes [...]” (CAMPOS; CAMPOS, 2008, p. 232). Isto denota que ainda prevalece o paradigma gerencial fundamentado em: controle, poder e disciplina. Mantêm-se, portanto, nas organizações contemporâneas os núcleos de gerência propostos pelo taylorismo.

Nas organizações e estabelecimentos ainda se “[...] produz ativa e estruturalmente dominação, alienação e controle. [...] A gestão tem sido a disciplina do controle por excelência. Preocupada sempre com o aumento da produção de mais-valia e produtividade e de reprodução do *status quo*” (CAMPOS, 2007a, p. 123-124). Conserva seus recursos (humanos) com a finalidade de continuar a produção, em detrimento da valorização do ser humano. Uma vez que “[...] a gestão clássica sempre trabalhou a dimensão do gerir. O gerir como ação sobre a ação dos outros. [...] sempre amarrada ao exercício do poder [...]” (CAMPOS, 2007a, p. 123-124). Para a autora o

exercício do poder desvirtua a finalidade da gestão, que deveria ser a capacidade de conduzir democraticamente as organizações.

Gastão Campos (2007b) teceu forte crítica a organização do trabalho fundamentada nos moldes da gerência científica, e buscou construir um método⁴² democrático de gestão do trabalho. Para o autor, gestão não é tarefa de minorias poderosas e especialistas, mas atribuição coletiva. “[...] A democratização do Poder nas instituições seria, portanto, uma diretriz operacional anti-Taylor. E, sem dúvida, a marca central da Organização moderna continua sendo o autoritarismo [...]” (CAMPOS, 2007b, p. 23). De acordo com o autor por vezes o autoritarismo está revestido de palavras do tipo: integração, flexibilização, desenvolvimento de recursos humanos e parceria, contudo elas escondem formas sutis de dominação. Seligmann-Silva (2011) destaca o disfarce dessas formas de participação para as quais o trabalhador tem sido convocado. Para a autora, elas são fabricadas com o intuito de aumentar a dominação sobre o trabalhador.

Contudo, o Método da Roda⁴³ trata-se de um método de gestão do trabalho que tem como objetivo a constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção, e tem como pressuposto a construção da democracia institucional. Para tanto, aposta na diretriz metodológica de construção de Espaços Coletivos. Campos (2007b, p.42) entende “[...] por Espaços Coletivos arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações”. O termo Roda remete a um espaço democrático, no qual a vida e o poder encontram-se em continuo movimento. Na roda, o poder está em jogo e o tempo pode parecer um entrave, mas produz sujeitos mais críticos, com mais capacidade de lidar com a dinâmica da vida. Isto significa o homem movido pelo desejo de fazer e não somente de receber recompensa. Para tanto, os Espaços Coletivos visam um novo desenho nas organizações, fundamentado em incluir os trabalhadores na tomada de decisão, nas negociações, na busca de cunhar contratos e gerar co-produção, bem como estabelecer compromissos provisórios e sempre passíveis de revisão.

⁴² O método Paidéia é uma proposta de co-gestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso. Ele aglutina uma dimensão crítica e uma dimensão propositiva entrelaçadas. A dimensão crítica abarca uma análise do mundo do trabalho e das instituições contemporâneas. A dimensão propositiva engloba um método, propriamente dito, de apoio e co-gestão (CUNHA; CAMPOS, 2010, p.31).

⁴³ Ou Método Paidéia.

Em suma, esse método consiste em trabalhar paralelamente os sujeitos e a instituição. Estes dois elementos continuamente interferem e ao mesmo tempo modificam um ao outro. Trata-se de uma mudança do paradigma tradicional de gestão. O fortalecimento dos sujeitos e a democracia institucional implicam na desconstrução do núcleo duro de poder e obrigatoriamente o abandono dos mecanismos disciplinares. Essa mudança implicaria em alterar o papel dos dirigentes porque em organizações com gestão democrática cabe a ele coordenar ao invés de ordenar. E também consiste na participação política dos trabalhadores; participação, portanto, que visa gerar autonomia⁴⁴ do trabalhador em relação ao processo produtivo. Trata-se de um dos eixos do método anti-Taylor, pois a gestão participativa e democrática remete a co-gestão de coletivos organizados para a produção de valores de uso⁴⁵ (CAMPOS, 2007b; CUNHA; CAMPOS, 2010).

Afinal, caber perguntar: a construção de sociedades e de instituições democráticas é possível? Depende do que e de quem? Identificamos no Método Paidéia que essa construção depende da política no sentido mais amplo.

Movimentos sociais, amplas coalizões, blocos históricos, alianças entre classes, lutas entre interesses econômicos e ideológicos. Alterar as relações entre dominantes e dominados. O poder como resultado e como relação. A possibilidade de acesso à riqueza, à justiça social (CAMPOS, 2007b, p.42).

Para o autor, a democracia implica em alterar os arranjos de dominação, estimular e estabelecer a produção de novos contratos, a criação de sistemas de co-governo, enfim, a construção de uma nova hegemonia. Isto requer analisar os desenhos sociais e institucionais nos quais se consolidam a dominação e pensar sua alteração. E requer buscar a reformulação do papel de controle dos micropoderes uma vez que, a democracia perpassa pelas relações sociais, políticas, econômicas e institucionais.

⁴⁴ Autonomia empregada no Método da Roda no sentido de autonomia relativa, pois se vive em redes de poder, em sistemas de dependência relativa.

⁴⁵ “Diz respeito ao valor de uso e ao valor de troca das mercadorias. O Método Paidéia não desconhece que o trabalho no capitalismo também pode produzir valor de troca, mas faz uma opção ético política de pensar a gestão e o trabalho a partir da produção de valor de uso” (CUNHA; CAMPOS, 2010, p.31).

Segundo Campos (2007b), pensar em democracia institucional é pensar a democracia como um produto social porque ela “[...] depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Depende da capacidade de construir espaços de poder compartilhado: rodas. A existência desses espaços é um sinal de democracia⁴⁶ [...]” (p.41). E traduzem oportunidades de encontros entre sujeitos para analisar e tomar decisões sobre temas relevantes no âmbito coletivo. Ao valorizar a dimensão sujeito implica em democratizar o poder e propõe incluir os trabalhadores na gestão das instituições. E no âmbito do Estado a gestão deve abranger a participação da sociedade civil.

Tendo em vista a democracia institucional, o planejamento é uma das vertentes teóricas apontadas por Campos (2007b), dentre outras existentes, que sugerem métodos para articular mudanças sociais com democracia institucional.

Para Matus (1996) e Testa (1995), o planejamento pode apresentar-se de modo estruturado, por meio de políticas formuladas, planos, programas e projetos, ou de modo não estruturado, isto é, como um pensamento estratégico. Para os autores, o planejamento permite estabelecer e realizar propósitos que visem o crescimento e mudanças; e propõem utilizar meios que combinem a objetividade inerente ao planejamento e a subjetividade dos atores sociais. O Planejamento estratégico⁴⁷ foi postulado com traços democráticos e “[...] como práticas dialógicas a serviço do estabelecimento de consensos e de acordos sobre compromissos, perdendo a imagem de uma metodologia muito estruturada” (TESTA, 1987 apud RIVERA, 2008, p. 314-315).

Segundo Paim (2006), o planejamento pode ser compreendido como uma prática social, a qual é tanto técnica como política, econômica e ideológica. Trata-se de um processo de transformação de uma situação em outra, pois para além da produção de planos, programas e projetos, o planejamento contribui para mobilizar vontades e, por conseguinte estabelecer compromissos com a ação que visa uma mudança para

⁴⁶ Campos (2007b) fundamenta o entendimento sobre democracia a partir de conceitos de autores como: Gramsci (1978), Foucault (1979) Deleuze e Guattari (1976) e Basaglia (1985).

⁴⁷ O Planejamento normativo cedeu o lugar ao Planejamento estratégico. Os dois maiores expoentes desta corrente são: Carlos Matus (1993, 1997) e Mário Testa (1987) (RIVERA, 2008).

melhor. O planejamento pode ser realizado nas relações sociais e em organizações, mediante o uso de meios de trabalho e o trabalho propriamente dito, incluindo os atores da instituição e da sociedade.

De acordo com Campos (2007b), nas instituições os conflitos ocorrem devido à ambivalência dos objetivos. O primeiro objetivo envolve produzir valores-de-uso que se propõem a atender as necessidades sociais do público e, igualmente, assegurar a sobrevivência da instituição e dos agentes produtores. Para o autor, ao gerir instituições, os conflitos ao invés de serem omitidos devem emergir, a fim de melhor tratá-los. Portanto, requer inventar arranjos que lidem com essa polaridade, a fim de que os conflitos sejam enfrentados mediante acordos e elaboração de contratos democráticos, sempre passíveis de mudança, pois, este é o objetivo principal do método de co-gestão. E ao reconhecer os conflitos, trata-se de politizar a gestão em vez de moralizar os interesses em jogo. A gestão deve ter um componente político e não técnico somente. O autor acredita que nas organizações públicas seria mais favorável a instituição de um regime democrático do que na empresa privada, uma vez que, nesta, as teorias administrativas são tomadas como fenômeno inevitável.

A organização do trabalho, “[...] segundo a racionalidade hegemônica é muito pouco eficaz em muitos casos, como nas áreas de saúde e educação, comprometendo a sustentabilidade e a legitimidade social destas instituições [...]” (CUNHA; CAMPOS, 2010, p.33). Visando superar o paradigma dominante, tem sido discutida a gestão participativa, o controle social dos gestores pela sociedade civil e outros desenhos de gestão em saúde. Trata-se de abordar a gestão sob a dimensão do gerar graus maiores de autonomia e criatividade (CAMPOS; CAMPOS, 2008).

No Brasil, existe a necessidade de construir modos democráticos de gestão do trabalho nos serviços públicos de saúde e educação, particularmente no âmbito das instituições responsáveis pela formação profissional para a área da saúde. Nestes serviços prevalece o trabalho vivo em ato, que convoca a participação do trabalhador na tomada de decisões (MERHY, 2002b). Isto demonstra que é imprescindível o saber técnico e o uso da criatividade do trabalhador para desempenhar as atividades e dirimir os problemas inerentes a essa área. O trabalhador da saúde não é força de trabalho,

como definido para a indústria, pois neste caso atribuiu-se ao gerente definir o seu processo de trabalho, mas isso não condiz com os serviços de saúde.

O Método da Roda foi assinalado como uma possibilidade para a co-gestão em instituições que produzem serviços de saúde. Para Campos (2007b), a co-gestão amplia as possibilidades de um trabalho prazeroso uma vez que, a “[...] elaboração conjunta de diretrizes, objetivos, objeto e métodos de trabalho; tomando todo esse processo como obra⁴⁸ coletiva. A produção de obra não elimina o trabalho penoso, mas permite relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho [...]” (CAMPOS, 2007b, p. 133). Para o autor, o trabalho prazeroso é possível à medida que ocorre o envolvimento do trabalhador, na perspectiva de realização pessoal, com a construção de projetos e de processos de trabalho. Isto significa a participação singular de cada trabalhador nas decisões coletivas, que inclui a invenção de jeitos peculiares para organizar o processo de trabalho. O processo e o resultado do trabalho podem gerar sua realização pessoal no trabalho. A obra resulta de um trabalho realizado em equipe.

Percebemos que em nome da gestão existe uma ampla dominação sobre os trabalhadores. E os princípios do taylorismo/fordismo/fayolismo ainda prevalecem na organização do trabalho dos serviços de saúde. Mas a co-gestão é uma alternativa ao instituído.

No capítulo subsequente, interessa-nos compreender as peculiaridades do processo de trabalho do gestor de hospital, bem como a saúde deste trabalhador.

⁴⁸ “Obra é o resultado do trabalho sempre que se logre articular (aproximar) Objeto de investimento do trabalhador com Objeto de trabalho e com a produção de valores de uso” (CAMPOS, 2007b, p.235).

3 O PROCESSO DE TRABALHO DO GESTOR

Existem diversas maneiras de analisar o trabalho do gestor. Neste estudo, optou-se por compreendê-lo fundamentado no conceito de processo de trabalho elencado por Marx (2008). Maria Cecília Donnnângelo⁴⁹ (1975, 1976) e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1979, 1992) são considerados pioneiros na aplicação da teoria marxista aos estudos sobre processo de trabalho no campo da saúde. Mendes Gonçalves, colaborador e discípulo daquela pesquisadora, a partir da análise do processo de trabalho médico, formulou o conceito de processo de trabalho em saúde. Os componentes do processo de trabalho constituem categorias de análise porque consistem em abstrações teóricas a partir das quais é possível abordar e compreender aspectos do cotidiano nos serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

O processo de trabalho em saúde engloba os seguintes elementos: o objeto, os instrumentos, a finalidade e os agentes. Os quais devem ser examinados de forma articulada porque unicamente na relação recíproca compõem um dado processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1979, 1992 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Para compreender como o trabalho interfere na saúde do trabalhador torna-se necessário estudar o que o trabalhador faz, como e de que forma o faz e quanto tempo emprega no que realiza. E ainda, em que condições socioeconômicas, político, cultural ocorre o processo laboral. Para tanto, deu-se preferência a leitura de Marx, conforme também pesquisado pelos citados autores, pois nela encontra-se subsídio para a análise consistente do processo de trabalho do gestor de hospital.

⁴⁹ No final da década de 1960 a autora iniciou estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social. Utilizou referenciais teóricos sociológicos, o que lhe permitiu construir análises consistentes sobre as relações entre saúde e sociedade e entre profissão médica e práticas sociais. Estes estudos tornaram-se referência para o campo da saúde, sobretudo em relação a duas grandes temáticas: de um lado as políticas e a estruturação da assistência, que derivou em diversos estudos a respeito do sistema de saúde brasileiro enfim, contribuiu para a estruturação do SUS; e ainda, os estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde. Esta segunda linha expandiu-se para a constituição de dois importantes conceitos: força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p.321-322).

De acordo com Peduzzi e Schraiber (2008),

[...] na atualidade, o conceito processo de trabalho em saúde é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, **gestão em saúde**, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p.326, grifo nosso).

Para esses autores, o estudo sobre o conceito de processo de trabalho em saúde constitui-se como uma importante abordagem teórico-conceitual que contribui significativamente para aclarar questões relacionadas aos recursos humanos, aos mecanismos institucionais de gestão, o trabalho em equipe, a precarização do trabalho, entre outros temas, no setor saúde. O uso desse conceito condiz com os estudos no âmbito da Saúde Coletiva.

Ao analisar o processo de trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM e a saúde destes trabalhadores, buscamos problematizar o seu trabalho em um contexto social e histórico. Trata-se de um HUF que emoldura-se como prestador de serviços públicos submetidos aos regulamentos e projetos do Estado; além disso, também agrega os interesses dos diversos atores: discentes, docentes, técnicos administrativos e, ainda, dos usuários que demandam cuidados de saúde. Constitui-se, portanto, uma arena favorável a emergência de tensões e conflitos, mas igualmente de produção e possíveis mudanças para melhor.

Este capítulo foi organizado em três eixos principais. O item 3.1 discorre sobre o trabalho em hospital e no tópico 3.1.2 buscamos descrever o contexto da gestão em HUF's; o eixo 3.2 discorre sobre a peculiaridade do trabalho do gestor e, por fim, o item 3.3 versa sobre a saúde do trabalhador-gestor.

3.1 A SINGULARIDADE DO TRABALHO EM HOSPITAL

O hospital encontra-se entre o setor de serviços de saúde, no entanto tem uma lógica de funcionamento bastante peculiar. Destaca-se pela complexidade. Nele desenvolve-se uma atividade humana, respaldada pela sociedade, de intervenção na saúde das pessoas, em geral, no momento em que ela encontra-se debilitada. Concentra grande quantidade e diversidade profissional, uso de alta tecnologia; administração fundamentada em organograma clássico verticalizado, concentração de poder e divisão do trabalho. Portanto, constitui-se como um espaço relevante para discutir o processo de trabalho dos gestores.

De acordo com Foucault (2008), o hospital, como tecnologia médica e como instrumento de intervenção sobre a doença e o doente, surgiu em torno de 1780. Até então, servia para assistência caritativa aos pobres e moribundos e sua organização era fundamentada em dogmas religiosos, destituído do uso de conhecimento científico. O hospital, como instrumento terapêutico é uma instituição relativamente nova e, foi transformado do espaço de esconder pobres e moribundos ao espaço de cuidado e de cura com o uso da ciência e da tecnologia. A reorganização do hospital encontra-se diretamente relacionada à aplicação de mecanismos disciplinares e a inserção da medicina em seu contexto. Em suma, o hospital tornou-se um *lócus* privilegiado da atuação da categoria médica que, constituiu-se responsável, como se fosse “direito adquirido”, pela organização desta instituição, com uma prática fundamentada no modelo biomédico⁵⁰.

De acordo com Brant e Minayo-Gomes (2004, p. 216),

com o advento da medicina científica, novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais tornaram o paciente desvinculado do seu sofrimento. Nessa época, para conhecer a “verdade do fato patológico”, o médico precisou abstrair o sujeito, pois sua disposição, temperamento, fala, idade, modos de vida perturbavam a identificação da doença, segundo o desenho nosográfico preestabelecido. Com base em uma formação mecanicista, o papel dessa lógica médica era neutralizar essas perturbações, manter o sujeito distante para que a configuração

⁵⁰ Atendimento individual e curativo das doenças, para o qual o sujeito tornou-se o paciente.

ideal da doença aparecesse aos olhos do médico, no abismo que se instaurava entre eles.

Para os autores, com essa nova racionalidade os órgãos do corpo humano passaram a ser vistos como o lugar da doença e, a fala do sujeito deveria ser ignorada, neste sentido, transformou-se o sujeito em paciente. Isto significa que a participação do sujeito como protagonista de sua própria vida, no contexto da saúde, foi subtraída.

Os sintomas assumiram os significados de determinantes naturais das doenças, deixando de lado a articulação entre o sujeito e o sofrimento. Assim, os sintomas deixaram de ser representados como tentativa de solução de um conflito, de uma reconciliação do ser, que habita o mundo da vida e é por ele habitado. Perdida a sua condição de “um bem” do sujeito, o sintoma passou a se figurar apenas como sinal de uma patologia. O sujeito, banido da cosmologia médica, deu lugar ao paciente, representado como um conjunto de órgãos e tecidos. Em suma, essa lógica lançou as bases para a construção da identidade do doente (BRANT; MINAYO-GOMES, 2004, p. 217).

Esse processo trouxe conseqüências sob diferentes formas: o indivíduo passou a depender dos médicos para definir o tratamento das doenças, acarretou o uso indiscriminado de medicamentos utilizados em nome da prevenção de doenças e, desde então, o hospital tornou-se um espaço de manifestação e consolidação da identidade do doente, reafirmando-o como doente na família, no trabalho e na sociedade. Para Brant e Minayo-Gomes (2004, p. 217), “na atualidade, o grande número de hospitalizações desnecessárias revela, muitas vezes, as conseqüências históricas desse processo [...]”.

Surge a necessidade de (re) organização do trabalho no hospital. Pitta (1994, p. 48) afirma que “a divisão do trabalho no hospital é a reprodução no seu interior da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista [...]”. O hospital contemporâneo configura-se como espaço terapêutico permeado por modernas tecnologias e, no qual atuam profissionais de diversas categorias segmentadas de acordo com as especialidades. A autora esclarece ainda que, com as novas tecnologias no âmbito do hospital, significa que nas últimas décadas as características de “ofício” foram gradativamente substituídas pelo “processo tecnológico” de trabalho.

A Administração Científica do Trabalho, ajustada ao propósito de exercer o controle sobre a força de trabalho e sobre a produção, não se restringe às fábricas. Dentre outras áreas, interfere no ensino e nas práticas de saúde inscritas no hospital moderno. De acordo com Mattos e Pires (2006, p. 511), “a organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde, especialmente no ambiente hospitalar sofre, até hoje, forte influência do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático”. Neste sentido, atualmente ainda abriga organogramas clássicos estruturado por uma hierárquica verticalizada, divisão do trabalho e, uma estrutura administrativa fundamentada em excessiva burocratização, principalmente nos processos de aquisição de insumos, bens permanentes e de pessoal.

No Brasil, a aplicação dos citados modelos, particularmente do fayolismo, na administração de hospitais data de meados do século XX⁵¹. E a Santa Casa de Misericórdia de Santos (SP) foi pioneira no modo de uma administração baseada em princípios de Organização Racional do Trabalho (CAMPOS, 1978). O organograma, adaptado desses modelos, traduz a concentração de poder no nível hierárquico mais elevado da instituição hospitalar; e segmenta os serviços por áreas, de acordo com aquilo que produzem, ou seja, as atividades-meio e as atividades-fim trabalham separadamente, dentro da mesma instituição.

Campos (1978), Mattos e Pires (2006), Campos e Campos (2008), entre outros autores, assinalam identificação da gestão de hospitais brasileiros com os pressupostos da Administração Científica e Clássica do Trabalho. Trata-se de uma gestão fundamentada em concentração do poder; com ênfase em controle, impessoalidade nas relações de trabalho e atividades administrativas burocráticas. Segundo Campos e Campos (2008, p. 235), a formação de gestores de hospitais foi fundamentada em cursos compostos pela lógica das teorias advindas das áreas da Economia e Administração de Empresas.

Feuerwerker e Cecílio (2007, p. 969) assinalam que

⁵¹ Em 1951 a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo ofertou o primeiro curso de especialização em Administração Hospitalar, que posteriormente foi estendido a América Latina e África Portuguesa (CAMPOS, 1978).

boa parte da produção teórica sobre a gestão dos hospitais é feita a partir do referencial funcionalista/sistêmico, hegemônico no campo designado como Administração Hospitalar. De acordo com esse referencial, o hospital funcionaria como um verdadeiro sistema, ou melhor, um subsistema dentro do sistema social mais amplo. Este subsistema consome insumos (humanos, materiais, tecnológicos, financeiros) para desenvolver certos processos internos que resultam em determinados produtos/serviços para seus clientes.

Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), em parte o paradigma funcionalista contempla determinadas questões administrativas do hospital: fluxos de insumos e outros processos com certa materialidade, mas também torna-se necessário ampliar o referencial teórico para os cursos de administração hospitalar, a fim de abranger a singularidade e os diversos desafios inerentes à gestão de hospitais. Esses autores destacam a necessidade de utilizar outros referenciais teóricos para a formação dos gestores de hospitais, principalmente daqueles que atuam no âmbito do serviço público; por conseguinte evidenciam ainda a importância de criar oportunidades para debate, e a construção de novas tecnologias e estratégias de gestão. De acordo com Campos e Campos (2008), somente nos últimos anos nota-se um esforço para recompor a formação e a pesquisa em gestão hospitalar.

A Portaria de Nº 2.224 de 05 de dezembro de 2002 estabelece como exigência um curso de especialização em administração hospitalar para os Diretores dos hospitais vinculados ao SUS, tendo em vista a necessidade de profissionalizar e qualificar a gestão hospitalar no âmbito do SUS (BRASIL, 2002). Entretanto, compreendemos que esta iniciativa ainda encontra-se aquém do necessário para repensar o referencial teórico e o formato da administração hospitalar⁵² instituído há pelo menos seis décadas no Brasil.

Cecílio (2000) enfatiza que para qualificar as práticas de saúde no hospital torna-se necessário modificar o modelo de gestão. Corroboramos com Feuerwerker e Cecílio

⁵² “A gestão hospitalar pública na França é uma carreira de Estado com regras claras de acesso e progressão. O acesso à função de direção hospitalar se dá através de concurso público e imediato ingresso em curso de formação em gestão hospitalar. Existem perfis distintos de curso, com duração variável. Após o curso o dirigente encontra-se habilitado a assumir a direção geral em hospitais menores e de menor complexidade ou funções de segundo escalão gerencial. Após um período neste tipo de experiência criam-se condições para acesso a hospitais de maior complexidade” (AZEVEDO, 2005, p.193).

(2007) quanto à necessidade de ampliar o referencial teórico a fim de alterar a organização do trabalho e, por conseguinte construir novos arranjos de gestão que priorizem o processo de cuidado em saúde dentro dos hospitais, pois neles ainda prevalecem práticas de saúde fragmentadas.

Percebemos que o que foi proposto para o trabalho na fábrica, no qual cada trabalhador executaria sempre a mesma tarefa, ligada a um determinado posto de trabalho, nos serviços de saúde isso acarretou que cada especialista limita-se a cuidar de determinada parte do corpo humano (SODRÉ, 2010). Cunha e Campos (2010) afirmam que a influência da Administração Científica do Trabalho trouxe conseqüências aos serviços de saúde porque funcionam pela lógica do trabalho em que vários profissionais de saúde⁵³ cuidam de um paciente, contudo não configuram uma equipe. Para Cunha e Campos (2010, p. 34), “a gestão taylorista sedimenta no organograma a fragmentação do trabalho [...]”.

No hospital, o organograma em formato de pirâmide, em cujo topo encontram-se os representantes dos três corpos profissionais quantitativamente mais numerosos de um hospital, os quais são: a Diretoria clínica médica, de enfermagem e administrativa⁵⁴; abaixo deles os gerentes/gestores intermediários, na seqüência os coordenadores de serviços, a estes estão vinculados os demais trabalhadores. Neste formato, cada categoria profissional tem o seu chefe e, por conseguinte nenhum deles é responsável pelo processo de cuidado como um todo (CUNHA; CAMPOS, 2010). Inferimos que essa é uma prática comum dentro dos hospitais brasileiros.

Nesta perspectiva, em geral, os médicos conversam entre si, em geral de acordo a sua especificidade, e resistem às mudanças na organização do trabalho; firmam sua autonomia pela lógica dos acordos e entendimentos fundamentados por uma ética

⁵³ Existem pelo menos treze profissões de saúde.

⁵⁴“Psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas e outros profissionais encontram-se dispersos na estrutura hospitalar. Influenciam na gestão da instituição, tem sua lógica de organização do trabalho, porém como são numericamente menores em relação aos demais, sua influência é mais limitada. Nos serviços de nutrição, farmácia, laboratório, em que há pessoal com formação técnica de segundo grau, o gerenciamento do serviço é realizado pelo profissional de nível superior, e produzindo uma organização interna semelhante a existente na enfermagem” (MATTOS; PIRES, 2006, p. 511-512).

corporativa. Por sua vez, a enfermagem constitui-se também como um corpo profissional, responsável por gerenciar as unidades assistenciais e possuem elevado grau de autonomia em relação à Direção, contudo, internamente possui uma linha de mando verticalmente formalizada e legitimada similar ao preconizado no modelo taylorista/fordista, no qual os enfermeiros exercem poder de mando sobre os técnicos e auxiliares. A área administrativa também é regida por normas e rotinas com linhas de mando verticalizadas e, para isso utilizam mecanismos disciplinares (CECÍLIO, 1997; MATTOS; PIRES, 2006).

De acordo com Pires e Lunarde Filho (2008, p. 123),

[...] se por um lado, pela divisão do trabalho ocorre uma divisão de atividades, por outro também **ocorre uma fragmentação no campo da sociabilidade**, que se manifesta, dentre outras maneiras, na distribuição de autoridade para o exercício hierárquico do poder entre as diferentes categorias profissionais (grifo nosso).

Entendemos que a fragmentação da sociabilidade manifesta-se tanto entre os profissionais de saúde, como também, entre os gestores das três áreas profissionais citadas. Prática que têm sido historicamente produzido e (re) produzido no cotidiano do trabalho no hospital.

Segundo Campos (1997, p. 88-89),

[...] a cultura administrativa do hospital é, portanto, muito peculiar. [...] há um razoável grau de autonomia do corpo clínico e mais recentemente, mesmo de outros profissionais com formação universitária. Em decorrência, pode-se afirmar que na maioria dos hospitais públicos e privados os processos de gestão e de planejamento são ainda muito primitivos, predominando um estilo de administração voltado para o atendimento daquela parcela da demanda que interesse ao corpo clínico ou as direções, selecionada centralmente segundo critérios de retorno financeiro para as instituições [...] historicamente há uma ligação umbilical entre prática clínica curativa e mercado.

O autor destaca os processos de gestão e planejamento, dos hospitais públicos e privados, movidos principalmente por interesses financeiros. Isto remete a um processo histórico no qual o mercado insiste em interferir nos serviços de saúde. A influência dessa lógica dentro dos hospitais manifesta-se no referencial teórico (Economia e

Administração de Empresas) utilizado nos curso de formação para gestores e, na organização do trabalho hospitalar.

Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007, p. 966),

O hospital não é qualquer equipamento de saúde. É uma organização complexa – atravessada por múltiplos interesses - que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social⁵⁵.

De acordo com os autores, o hospital, trata-se de uma importante instituição legitimada pela sociedade que é, ao mesmo tempo, atravessada por seus interesses⁵⁶. Exerce forte influência na constituição profissional, na organização dos serviços de saúde e, na prestação dos cuidados a saúde dos indivíduos.

Segundo Motta (1997), o hospital é uma das diversas organizações burocráticas existente no Estado Moderno. Além disso, Feuerwerker e Cecílio⁵⁷ sintetizam o hospital da seguinte maneira.

Assim, o hospital **é** sistema, mas **também** é burocracia, ORDEM, lugar de REPRODUÇÃO e é, **também**, lugar de forças instituintes, de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputa. Por tudo isto, é lugar de possibilidades de caminhar em outros sentidos e direções, lugar de conflitos e mudanças (FEUERWEKER; CECÍLIO, 2007, p. 970, grifo dos autores).

Percebemos que o hospital tem sido constituído a partir de saberes e técnicas advindas de diferentes campos do conhecimento: teológico, científico, tecnológico, econômico e administrativo. Em síntese, comporta uma conjugação de conceitos e agrega uma

⁵⁵ “As naturais demandas sociais geradas na intimidade da sociedade moderna incluem o hospital no rol das instituições fundamentais da comunidade, como são as escolas, as organizações políticas e as instituições religiosas” (LIMA-GONÇALVES, 1998, p.81).

⁵⁶ Para Lima-Gonçalves (1998) a importância dos hospitais pode bem ser avaliada pelos momentos fundamentais da vida das pessoas: o nascimento, na doença e na morte.

⁵⁷ Graça Carapinheiro, fundamentada em estudos sociológicos, problematiza o hospital sobre a perspectiva dessas três vertentes: sistema, burocracia, e lugar de forças instituintes (GRAÇA CARAPINHEIRO apud FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

miscelânea de interesses e possibilidades, o que significa que a organização do trabalho, a gestão e as práticas de saúde no hospital não são imutáveis.

Arkeman e Feuerwerker (2006) referem que para melhor compreender as lógicas existentes dentro da organização hospitalar torna-se necessário empregar saberes das ciências sociais e humanas na saúde, da política e do planejamento⁵⁸, pois tais áreas contribuem para a proposição de novas estratégias para a gestão e, por conseguinte para a organização e as práticas do cuidado.

Segundo Paim (2006), o planejamento tanto pode ser útil para a democratização da gestão e para apoiar o protagonismo na conquista do direito à saúde, como também para captar recursos para a instituição e promover a legitimação política, bem como, aumentar a autonomia dos trabalhadores no processo de produção em saúde. Aqui o conceito de autonomia não é entendido como sinônimo de independência, porém como “[...] um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p.670). A ação do trabalhador se daria imbuída da capacidade de problematizar e refletir a respeito de si e do mundo, das relações que são produzidas cotidianamente e nas quais ele encontra-se inserido no trabalho.

Concordamos com Arkeman e Feuerwerker (2006) e Paim (2006) no que tange a utilizar o planejamento, fundamentado em elementos democráticos, para produzir mudanças na organização do trabalho, neste caso na gestão; bem como, ele pode gerar maior autonomia para os trabalhadores com relação ao seu processo de trabalho. Segundo Paim (2006, p.778), “o planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades, pode favorecer a democratização da gestão [...]”. O que possibilita a aproximação do trabalhador ao seu objeto de trabalho e, por conseguinte produz sentido a sua ação laboral.

⁵⁸ “O Planejamento de Saúde surge na América Latina na década de 1960, sob a influência da teoria desenvolvimentista da Comissão Econômica para América Latina (Cepal)” (RIVERA, 2008, p. 312).

Para Campos (2007b), a democratização da gestão requer fomentar Espaços Coletivos⁵⁹ no qual o poder encontra-se em continuo movimento e os problemas, presentes em qualquer instituição, passem a ser politicamente analisados a fim de tomar decisões no âmbito coletivo. Isto significa alterar o modelo de gerência fundamentado no poder centralizado. O autor, reconhecendo a singularidade do objeto de trabalho em saúde e fundamentado em uma perspectiva de (re) organização do trabalho, entende que o Método Paidéia pode ser útil para enfrentar as marcas deixadas pela lógica da dominação e do controle no âmbito do trabalho em saúde.

Cecílio e Merhy (2003, p. 201) consideram a “[...] descentralização e democratização das decisões: os dois eixos capazes de reinventar um hospital de tradição centralizadora e com fortes esquemas de dominação e controle”. Compreendemos que a democratização do poder e dos processos decisórios são intrínsecos, portanto caminham de mãos e, por conseguinte implicam em reorganizar os processos de trabalho; fator necessário no âmbito dos hospitais modernos. Enfim, trata-se de uma mudança imprescindível tendo em vista que o objeto de trabalho dos profissionais de saúde são as necessidades humanas de saúde⁶⁰.

E conforme assinalou Marx (2008), sobre o objeto de trabalho incide a ação do trabalhador, a qual representa a intencionalidade do processo de trabalho a fim de alcançar o produto mentalmente idealizado. A ação do trabalhador demonstra em que direção será realizada a transformação do objeto de trabalho.

A saúde tanto tem um caráter histórico como social, pois seu objeto de intervenção são as necessidades dos seres humanos em sociedade. E tais necessidades são mutáveis, portanto, os instrumentos e os produtos são peculiares ao contexto no qual o trabalho é exercido. O processo de trabalho em saúde torna-se possível pela ação do homem sobre o objeto, com o uso das ferramentas de trabalho. O trabalho em serviços de saúde requer a contribuição de vários profissionais, os quais produzem um produto com valor de uso.

⁵⁹ Espaços Coletivos como proposto no Método da Roda (CAMPOS, 2007b).

⁶⁰ “As demandas da sociedade para com a área da saúde aumentaram e ficaram muito mais complexas na contemporaneidade” (CARVALHO; CECÍLIO, 2006, p. 162).

[...] o conjunto de trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, e que são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final (MERHY, 2002b, p. 121 e 122).

Para Merhy (2002b), o trabalho em serviços de saúde apresenta características peculiares por concretizar-se no encontro do trabalhador da saúde com o usuário, isto é, a produção e o consumo são simultâneos, portanto o produto é indissociável do processo que o produz. E a prestação do serviço, quer seja na forma de consulta, cirurgia, exame-diagnóstico, aplicação de medicamentos, orientações sociais ou nutricionais, ações de cuidado e ou conforto é o produto final (os atos de saúde). Portanto é um trabalho na esfera da produção não-material. Desse modo, no encontro do profissional e do usuário, ocorre o produto nos serviços de saúde. Portanto, o trabalho na saúde baseia-se na relação entre pessoas.

Segundo Franco (2006, p. 464),

o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo [...].

Nesta perspectiva, em serviços de saúde o trabalho é dinâmico e caracteriza-se pelo trabalho prescrito e o trabalho real. De acordo com Britto (2008), o trabalho prescrito (tarefa) indica o que ‘se deve fazer’ ou seja, cumprir o que está previamente definido: as normas, o tempo, e as ferramentas a serem utilizadas em um determinado processo de trabalho com suas singularidades locais. O trabalho prescrito indica aquilo que se deve efetivamente fazer, conforme as regras e objetivos fixados em um determinado processo de trabalho. Além disso, existe a outra face do trabalho⁶¹, mas que não se opõe, pelo contrário articulam-se, trata-se do trabalho real (a atividade). O trabalho real refere-se àquilo que é posto em “jogo” pelos trabalhadores para realizar o trabalho

⁶¹ Estudos sobre as “duas faces” do trabalho foram desenvolvidos pela linha da ergonomia da atividade originada nos países de língua francesa (BRITTO, 2008).

prescrito. O trabalho real “[...] trata-se de uma resposta às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador” (BRITTO, 2008, p.453). Em síntese, o trabalho real diz respeito às atividades efetivamente realizadas pelos trabalhadores a fim de cumprir as tarefas previamente definidas, ou seja, o trabalho prescrito. Pitta (1994, p.83) referindo-se ao trabalho em saúde afirma que

[...] entre a organização do trabalho prescrito e quem trabalha existe um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, o uso da criatividade e ações de modulação do modo operatório que constitui uma forma de intervenção do trabalhador sobre o trabalho, num ajuste de desejos e possibilidades [...].

Segundo a autora, trabalhar significa ter a liberdade de ajustar o modo operatório, os desejos e as possibilidades. Para os estudiosos, entre eles Pitta (1994) e Britto (2008), o trabalho não se resume a tarefa prescrita. De acordo com Akerman e Feuerwerker (2006, p.177), “para começar, o trabalho em saúde não é completamente controlável. Como se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização ele está sujeito aos desígnios do trabalhador em questão [...]”. Neste sentido, “além da imprevisibilidade, característica do trabalho em saúde, que o torna refratário à prescrição de tarefas padrão, nessa área a produção se corporifica em um encontro entre pessoas [...]” (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2010, p. 432).

O trabalho nos serviços de saúde a fim de adquirir condições de consumo é realizado mediante o uso de tecnologias singulares a esta área. De acordo com Merhy (2002b), existem tecnologias duras, leve-duras e leves. As primeiras correspondem aos equipamentos e remédios, entre outros; as tecnologias leve-duras dizem respeito aos saberes científicos estruturados da clínica e da epidemiologia; e, as tecnologias leves, que significam as tecnologias relacionais - a escuta, o vínculo entre o profissional e o usuário. Para o autor, o trabalho em saúde depende da relação entre sujeitos e ressalta que com ação criativa o trabalhador produz o cuidado em saúde, e também, pode inventar novos processos de trabalho.

Akel (1993) também destaca a importância da ação das pessoas dentro do hospital. Para o autor, elas representam a “energia” que pode originar mudanças nesta instituição.

O hospital é um corpo físico, representado por seus prédios, equipamentos e insumos materiais. Ele é, também, uma organização: um conjunto de sistemas operacionais disciplinados e estruturados por procedimentos, regras e regulamentos. Mas isso não é tudo. E tudo isso, apenas faria do hospital um monumento estático, inerte. O hospital é em essência, um ser dinâmico, um ser vivo. **E o que dá vida ao hospital, e representa sua energia de transformação, são pessoas** (AKEL, 1993, p. 137, grifo nosso).

No hospital vários atores desenvolvem a arte da vida e da saúde. Às vezes alguns profissionais agem anonimamente, mas seu trabalho é indispensável para tornar esta instituição um “ser vivo”, e produzir atos de saúde. Importa ressaltar que ao longo dos anos, os instrumentos de trabalho são substituídos porque tornam-se obsoletos, contudo os trabalhadores permanecem imprescindíveis no hospital.

Considerando que a ação do trabalhador demonstra em que direção será realizada a transformação do objeto de trabalho, cabe perguntar: que postura os gestores e demais trabalhadores do hospital tem assumido em relação ao seu processo de trabalho?

Em síntese, no universo dos hospitais encontram-se os Hospitais Universitários Federais (HUF's). Tais instituições têm por finalidade o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência à saúde humana. Desempenham relevante papel social e político na sociedade na qual estão inseridos. Apresentam-se como instituições complexas e onde se faz amplo uso de alta tecnologia. Tendo em vista o cenário deste estudo – um Hospital Universitário Federal - consideramos relevante tecer considerações a cerca de sua gestão dentro do contexto brasileiro.

3.1.2 Hospitais Universitários Federais: o contexto da gestão

A seguir descrevemos a origem do hospital de ensino e a atual natureza jurídica dos HUF's, bem como, sua inserção no âmbito do SUS, a distribuição deles por regiões do país e, ainda o número de servidores que atuam no conjunto destes hospitais federais.

Desde seu primórdio aos dias atuais, o hospital de ensino (HE) passou por significativas transformações. De acordo com Medici (2001, p.149), os

Hospitais de ensino são tão antigos como o conceito de saúde que surgiu com o renascimento. No entanto, a medicina flexeneriana⁶² e seu impacto no aumento da especialização, a partir do início do século XX, ampliou o escopo destas instituições, tornando obrigatório seu vínculo orgânico e dependência institucional junto as Faculdades de Medicina.

A partir do século XX foram ampliadas as exigências com relação aos hospitais de ensino, os quais obrigatoriamente passaram a serem vinculados aos regulamentos administrativos das Faculdades de Medicina.

No Brasil, as primeiras experiências de integração entre o ensino e assistência ocorreram no Estado da Bahia, em 1808, quando por ordem de Dom João VI foi criada a Escola de cirurgiões, que posteriormente tornou-se Faculdade de Medicina da Bahia. Tendo em vista a transferência da família real para o Rio de Janeiro, também neste estado foi criada uma escola de cirurgiões, que posteriormente foi convertida em Faculdade de Medicina do Rio do Janeiro. Ambas as escolas utilizaram as Santas Casas de Misericórdia, de suma importância para a saúde da população neste período da história brasileira, como campo de ensino (CLEMENTE, 1998, apud CARMO, 2006).

Os Hospitais de Ensino podem ser de natureza pública ou privada. Os HE's públicos tanto podem estar vinculados ao governo federal, estadual ou municipal, ou indiretamente por meio das fundações, autarquias e empresas públicas. A natureza jurídica dos Hospitais de Ensino encontra-se definida por meio da Portaria 375, de 04 de março de 1991 (BRASIL,1991):

⁶² A medicina flexeneriana entendia a doença como um processo natural, biológico, desconsiderando que o social tivesse alguma implicação no processo saúde-doença.

Art. 1º - Hospital de Ensino é a denominação aplicável ao conjunto dos Hospitais Universitários, Hospitais Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino.

Art. 2º - Hospital Universitário é o hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados.

De acordo com Bittar (2002), o vínculo institucional classifica os hospitais como: hospital de ensino, hospital escola ou ainda como hospital auxiliar de ensino.

Por **Hospitais de Ensino** entende-se Hospital Universitário de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados; **Hospital-Escola**, de propriedade ou gestão das escolas médicas isoladas públicas ou privadas, ou a elas vinculadas por regime de comodato ou cessão de uso devidamente formalizados; **Hospital Auxiliar de Ensino**, aquele que não sendo de propriedade ou gestão de universidade ou escola médica isolada, que desenvolvem programas de treinamento em serviço, de curso de graduação ou pós-graduação na área de saúde, devidamente conveniado com uma instituição de ensino superior, conforme classificação adotada pelo MEC (BITTAR, 2002, p.10).

Neste estudo, importa tecer considerações a respeito dos HUF's vinculados às Universidades públicas e sua inserção nos serviços assistenciais do SUS. Com o advento da Lei 8.080/90 que regulamenta as ações e serviços de saúde a serem executados em todo o Brasil, os quais devem ser organizados de forma regionalizada e descentralizada em níveis de complexidade crescente, também definiu-se a participação dos HUF's no âmbito do SUS. E, em seu Art. 45º estabelece que:

Os serviços de saúde dos **hospitais universitários** e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde **mediante convênio**, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990, grifo nosso).

No Brasil, os HUF's agregam as Políticas de Educação e Saúde. Todavia, os serviços de saúde destes hospitais inserem-se no SUS em níveis distintos dos Estados e Municípios, uma vez que o seu principal objetivo deve ser voltado para as atividades de ensino-pesquisa, ou seja, a formação de profissionais em saúde e a geração de conhecimento. E ao prestarem serviços para o SUS isto implica em cumprir, além das normativas do MEC, as do MS.

No Brasil existem 45 HUF's⁶³ (públicos) vinculados as Universidades Federais e, por conseguinte ao MEC, distribuídos por regiões do país, conforme apresentado na tabela de número 02.

TABELA 02- Distribuição dos HUF's por região do Brasil

Região e cidades	Quantidade
Sudeste	16
Nordeste	15
Sul	06
Centro-oeste	05
Norte	03
Total	45

Fonte: BRASIL (2009a).

A região sudeste registra o maior número de HUF's, em contraposição, a região norte registra o menor número. Importa ressaltar que aquela região comporta os principais centros industriais e comerciais do país. Em 2008, a capacidade instalada nos HUF's brasileiros totalizava 11.424 (onze mil e quatrocentos e vinte quatro) leitos, todavia 1.124 (mil e cento e vinte e quatro) deles foram desativados, ou seja, 9,80% dos leitos. Alega-se que isto deve-se à insuficiência de profissionais. Desde 2008, foi registrado um déficit de 5.443 servidores. Um fator determinante para este total são as aposentadorias, as quais demonstram a alta faixa etária dos servidores lotados em HUF's (BRASIL, 2009b).

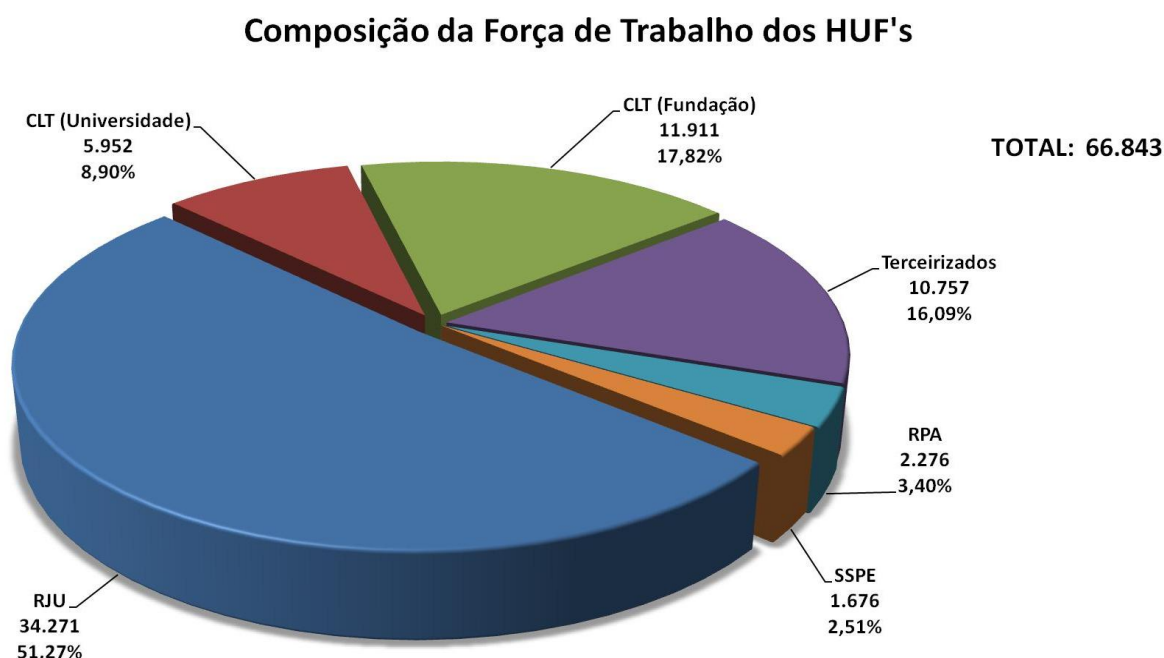
Os HUF's apresentam um quadro de servidores insuficientes, tendo em vista o quadro 01. O que tem contribuído significativamente para o fechamento de leitos e de serviços e, por conseguinte a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, no contexto desses hospitais. Situação que afeta diretamente aos usuários dos serviços de assistência a saúde, aos estudantes de Graduação e de Pós-Graduação, e os seus

⁶³ O HUF de Porto Alegre não está incluído nesse total, pois ele é de direito privado, embora vinculado ao MEC.

trabalhadores. Portanto, evidencia-se a necessidade de reposição desses servidores, por meio de concurso público como previsto na Constituição brasileira de 1988.

Além disso, os dados apresentados no gráfico 01 revelam também um dado preocupante quanto à diversidade dos vínculos trabalhistas dos HUF's. Isto gera várias implicações para a instituição a qual os trabalhadores encontram-se vinculados.

GRÁFICO 01 – Composição da vinculação empregatícia dos trabalhadores dos HUF's



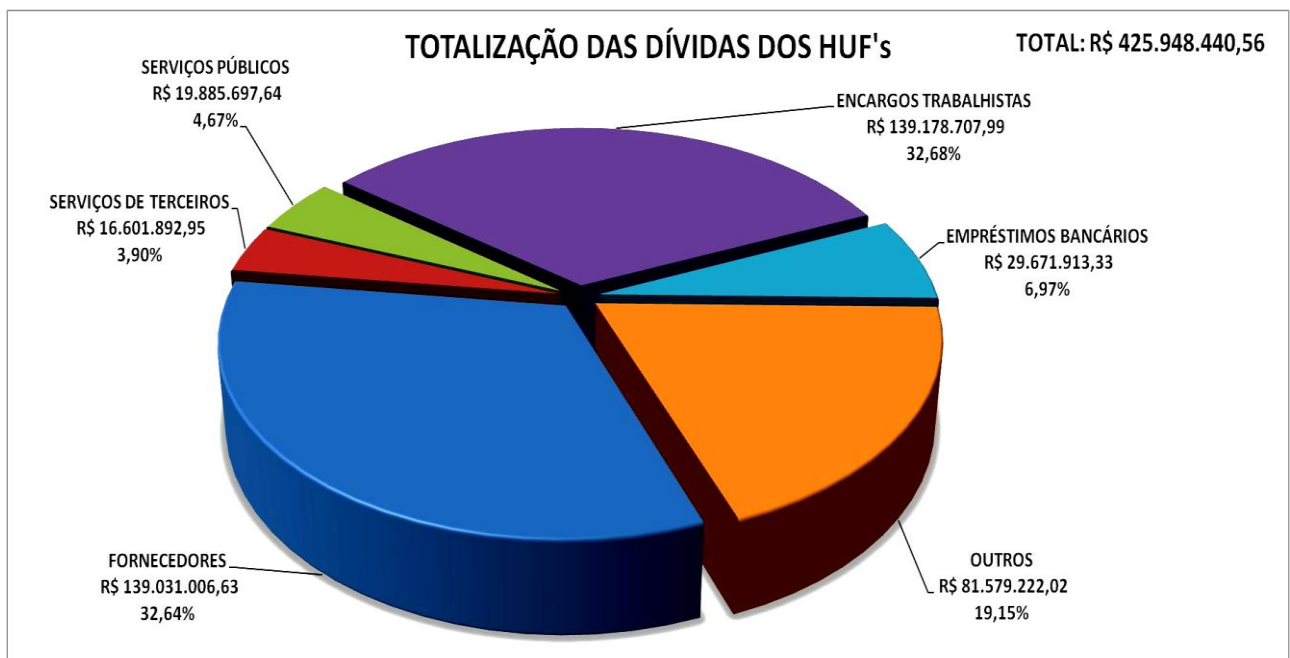
Fonte: BRASIL (2009).

Conforme gráfico 01, em 2009, somente 51,27% dos trabalhadores que atuavam em HUF's eram servidores estatutários federais (regidos pelo Regime Jurídico Único) cujos salários são pagos pelo MEC. Estes permanecem mais tempo na instituição evitando, entre outros fatores, a alta rotatividade dos profissionais. Contudo, no intuito de manter o funcionamento dos HUF's são feitas contratações de pessoal via fundações ou empresas terceirizadas e, neste caso, a folha de pagamento deles incide sobre o hospital onde atuam. Portanto, boa parte dos recursos financeiros, que deveriam ser investidos no ensino, pesquisa, extensão e assistência, são destinados ao pagamento de empresas terceirizadas que empregam trabalhadores para prestar serviços aos

HUF's. Isto tem gerado dívidas para esses hospitais, conforme reconhecido em relatório elaborado e emitido pelo MEC, no qual afirma que “a maior parte das dívidas está concentrada nas Fundações de apoio, porém uma grande parte delas é relativa a encargos trabalhistas” (BRASIL, 2009 sp). Além disso, a diversidade de vínculos trabalhistas também pode gerar conflitos no local de trabalho, tendo em vista a diferença dos direitos trabalhistas: rendimentos financeiros, carga horária, dentre outros.

Diante do exposto, apreendemos que os recursos financeiros gastos com pagamento de salários dos funcionários de empresas terceirizadas contribuem para o endividamento dos HUF's. No entanto, cabe ao Governo Federal abrir concurso público para admitir servidores, ao invés de permitir tal situação. Em 2009, os HUF's registram acúmulo de dívida na ordem de 425 milhões⁶⁴, conforme o gráfico 02. Entendemos que a totalização dessa dívida está relacionada ao que foi exposto e, devido à defasagem da tabela⁶⁵ do SUS, dentre outros fatores.

GRÁFICO 02 – Totalização das dívidas dos HUF's



Fonte: BRASIL (2009).

⁶⁴ Os dados aqui citados podem ter sido alterados, tendo em vista que foram contabilizados em 2009.

⁶⁵ Trata-se do valor pago por procedimento de saúde prestado no âmbito do SUS.

No Brasil, as fontes de financiamento dos HUF's são provenientes do MEC e do MS. De um total de R\$ 4.220.126.517,01 gastos, 30,10% foram recursos do MS e 69,9% do MEC. Os recursos oriundos deste Ministério destinam-se à folha de pagamento dos servidores ativos e inativos regidos pelo RJU vinculados ao MEC, Bolsa de Residência Médica, entre outros. Por sua vez, os recursos do MS referem-se aos gastos com média e alta complexidade, procedimentos estratégicos, incentivos e programa interministerial (BRASIL, 2009). Inferimos que os valores financeiros acima descritos remetem à natureza dos HUF's, em geral, são instituições de grande porte, referência em alta complexidade, portanto concentram muitos profissionais, assim, seus custos são mais elevados que o dos demais hospitais.

Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), incluindo 22 HU's situados em diferentes países ao redor do mundo foi identificado que: o custo dele na Austrália é 12% mais elevado que o dos hospitais não-universitários de alta tecnologia e, na Coreia do Sul a média de custo relativa aos HU's é 28% maior que a dos demais hospitais para um mesmo conjunto de enfermidades tratadas e procedimentos clínicos selecionados. Neste estudo, os resultados demonstraram que os custos dos HU's são de 12 a 28 por cento mais onerosos quando comparados aos hospitais não universitários. Neste sentido, “[...] os HU's são instituições caras, por concentrarem atendimentos de alta complexidade, além de atividades que mesclam atos médicos com procedimentos didáticos” (MEDICI, 2002, p.154). Importa ressaltar que os serviços destes hospitais caracterizam-se como importantes para a atual sociedade brasileira.

Em 2003, o Brasil registrou 148 HE's. Dos quais 41 pertenciam ao MEC (designados como HUF's), 03 eram submetidos ao MS, 47 estaduais, 06 municipais, 49 filantrópicos e 02 privados (REIS; CECÍLIO, 2009). Imersos em um cenário complexo, conflituoso e com diminuição do desempenho, foi dado início as discussões⁶⁶ sobre a reestruturação

⁶⁶ Fator decisivo para a criação de uma Comissão Interinstitucional, composta por representantes de instituições governamentais e da sociedade civil. Ministérios: do Planejamento, Orçamento e Gestão; Educação; da Ciência e Tecnologia; da Saúde; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino/Abrahue; Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior; Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais;

destas instituições de ensino. Essa conjuntura denominou-se de crise dos HEs. Importa assinalar que ela teve vários determinantes, portanto ultrapassava o aspecto financeiro, embora fosse o mais evidenciado e discutido. As soluções para a chamada crise não encontrava-se somente no aumento dos recursos financeiros, tornara-se necessário pensar outras estratégias. E foram distinguidas e consideradas pelos menos seis dimensões para a “crise” dos HE’s: política, gerencial, assistencial, financeira, acadêmica e social (REIS; CECÍLIO, 2009).

Para tanto, foram editadas várias Portarias a fim de nortear o processo de reestruturação dos HE’s: Portaria Interministerial nº 1000 de 15 de abril de 2004 (BRASIL, 2004a); Portaria Interministerial nº 1005 de 27 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b); Portaria Interministerial nº 1006 de maio de 2004 (BRASIL, 2004c); Portaria Interministerial nº 1702 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004d) e a Portaria Interministerial nº 2004 de 02 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007). As diretrizes destas portarias retratam a postura do governo brasileiro em relação aos HEs e, apontam em direção a outro formato de gestão desses estabelecimentos.

Destacamos aqui duas Portarias. A Portaria nº 1000 emitida em 15 de abril de 2004 que estabelece os critérios para certificação e reconhecimento dos HE’s⁶⁷, trata-se do primeiro passo para que os HEs pudessem pleitear a adesão ao Programa de reestruturação. E, a Portaria nº 1006 emitida em 27 de maio de 2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS. Entre outras ações estratégicas as citadas Portarias prevêm o processo de contratualização dos HE’s, definido como:

[...] o meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (BRASIL, 2004c).

Associação Brasileira de Educação Médica; Associação Brasileira de Enfermagem; Direção Nacional dos Estudantes de Medicina; Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem.

⁶⁷ Art. 1º Certificar como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior (BRASIL, 2004a).

A contratualização pressupõe a definição de metas junto aos gestores locais de saúde, porque daí provém a remuneração dos HE's referente aos procedimentos prestados ao SUS. As metas são fixadas no Plano Operativo Anual, o qual tem a finalidade de equacionar os custos e firmar o quantitativo dos serviços a serem prestados e, o HE encontra-se sujeito a averiguação do cumprimento das cláusulas acordadas. O MS ainda requer que os HE's trabalhem com planejamento estratégico plurianual participativo, a fim de estabelecer metas de curto e longo prazo, e ainda registrem as informações gerenciais em um sistema.

Com a adoção de mecanismos de contratualização, os dois Ministérios visualizaram atingir diversas expectativas. Para Reis e Cecílio (2009, p.94-95), pretendia-se

[...] legitimar e efetivar todo o processo de discussão e definição de demandas, metas quantitativas e qualitativas por serviços; indicar as obrigações e responsabilidades de cada um dos atores envolvidos; definir critérios e instrumentos de monitoramento, avaliação de resultados e cumprimento das metas estabelecidas; promover desenvolvimento de atividades de educação permanente dos profissionais da rede; fortalecer os mecanismos de participação e controle social; redefinir a inserção clara na rede de atenção à saúde a partir da definição da missão do HE dos mecanismos de referência e contra-referência com as demais unidades; e suscitar a regulação do sistema de saúde como um todo.

De acordo com Reis e Cecílio (2009), o Programa de Reestruturação trata-se de um marco na história recente do SUS, porque incluíram na discussão várias instâncias tanto da sociedade civil como do governo. Para os autores, naqueles HE's que aderiram a contratualização estima-se um acréscimo de 12% de novos recursos financeiros o que demonstra uma considerável melhora, contudo ainda não significa que os recursos são suficientes e que a chamada crise nestas instituições tenha sido resolvida.

Os vários quesitos que se esperam alcançar com o Programa de Reestruturação dos Hospitais, principalmente com a contratualização, denotam a dimensão das questões que carecem de negociação, definição e pactuação nessas instituições. Entre eles, aclarar os objetivos destes hospitais. Atualmente, ainda prevalece no Brasil uma cultura hospitalocêntrica o que traduz a necessidade de reorganizar a rede de saúde como um

todo e, construir/implementar ou fortalecer mecanismos de participação e controle social.

No que tange a associação da crise dos hospitais públicos aos recursos financeiros, percebemos a importância de uma análise mais acurada delas, pois no caso dos HE's não limitava-se ao aspecto financeiro, contudo foi a mola propulsora para fazer emergir dimensões explícitas e veladas no contexto dos HE's.

Para Cecílio (2002a, p. 305),

[...] não é correto afirmar que existe uma escassez de recursos financeiros de tal ordem que justifique o mau funcionamento dos hospitais governamentais. Com certeza, os recursos serão, de alguma forma, sempre escassos perante as necessidades dos homens. Porém tal escassez não deveria ser utilizada para justificar ou ocultar o que tem sido nossa incapacidade histórica de implementar melhores formas de gestão e aproveitamento dos recursos existentes [...].

O autor, reconhece a importância dos recursos financeiros, mas destaca a necessidade do uso de mecanismos gerenciais mais profissionalizados a fim de qualificar a gestão e obter um melhor aproveitamento dos recursos existentes. Para ele a escassez de recursos financeiros não deve ser usada como justificativa para o mau funcionamento dos hospitais governamentais, entre eles encontram-se os HUF's. Porque nem todos os problemas/entraves de um hospital resultam da baixa autonomia no que se refere à obtenção e gerenciamento dos recursos financeiros, materiais e de pessoal.

De acordo com Silva (2004, p.68), “[...] os grandes entraves do setor de saúde não se configuram somente na falta de recursos materiais e financeiros [...]”. Para Merhy (2002b, p. 72), é necessário “[...] modificar o cotidiano do seu modo de operar os serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, [...] não servirão para quase nada”. Segundo Campos (2007c, p. 112), “em saúde a gestão não pode resumir-se aos componentes administrativos e financeiros, ainda que sejam fundamentais. A gestão de processos de trabalho é a forma concreta como se reordenam os modelos [...]”. Em síntese, torna-se necessário repensar o formato de gestão dos hospitais públicos no Brasil.

Neste sentido,

[...] a gestão em saúde tem como desafios: superar o modelo tradicional centrado em aspectos financeiros e de administração de material; desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades nesse campo; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial. A reforma do modelo de gestão para a área pública deveria pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação [...] (SILVA, 2004, p.74).

A autora destaca a necessidade de superar o modelo tradicional de gestão, cujo foco tem sido os aspectos financeiros e de materiais. Trata-se de dois aspectos imprescindíveis para o funcionamento de qualquer hospital, mas que não são suficientes para operacionalizá-lo. Corroboramos com Silva (2004) e Cecílio (2005) quanto à necessidade de uma reforma do modelo de gestão dos serviços públicos de saúde, dentre eles os hospitais. Trata-se de superar um processo histórico equivocado de analisar as deficiências desta instituição. E passar a produzir processos democráticos de gestão a fim de valorizar os atores ali inseridos, valer-se de tecnologias visando otimizar a aquisição dos materiais e o aproveitamento dos recursos existentes.

De acordo com Reis e Cecílio (2009), o modelo de gestão proposto para a reestruturação dos HE's carece de conceitos teóricos que contemplem a compreensão do 'micro', ou seja, do cotidiano de cada instituição.

Se as organizações em geral, e as de saúde em particular, não forem consideradas em toda a sua complexidade, propostas muito 'funcionalistas' e normativas de implantação de determinadas políticas podem, ao final, terminar por reforçar o caráter conservador das organizações de saúde e das práticas corporativas, intensificando os mecanismos de dominação e controle já existentes (REIS; CECÍLIO, 2009, p. 96).

Para os autores, torna-se necessário analisar os efeitos da proposta de reestruturação no cotidiano da gestão dos hospitais que aderiram a contratualização.

Quanto ao redesenho dos HUF's, em 27 de janeiro de 2010, foi publicado o Decreto 7.082 que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários

Federais (REHUF) integrados ao SUS. Tendo por “objetivo criar condições materiais e institucionais para que os **hospitais universitários federais** possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde” (BRASIL, 2010). Este Decreto assinala a função dos três ministérios envolvidos: MEC, MS e o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) e define as diretrizes que orienta esse Programa, conforme descrito no Artigo Terceiro:

- I - instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012;
- II - melhoria dos processos de gestão;
- III - adequação da estrutura física;
- IV - recuperação e modernização do parque tecnológico;
- V - reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e
- VI - aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Fundamentado em um discurso de reestruturação e revitalização dos HUF's, o citado Decreto prevê que os Ministérios pactuem metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão. Visa adequação e modernização da estrutura física e do parque tecnológico, bem como a recomposição do quadro de trabalhadores e o aprimoramento das atividades desenvolvidas com o uso de tecnologias avançadas. Tendo a finalidade de causar alterações significativas no financiamento, o qual, até o ano de 2012, passaria a ser progressivamente partilhado paritariamente entre os Ministérios da Educação e Saúde.

Além disso, sob a justificativa de redesenho dos HUF's, o MEC junto ao MPOG elaboraram a Medida Provisória (MP) 520, assinada em 31 de dezembro de 2010⁶⁸. A qual autorizou o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A (EBSERH). Diante disso, foram feitas várias manifestações públicas contrárias a

⁶⁸ Essa MP foi assinada no ultimo dia de mandato do Presidente Lula. Coincidência ou esperteza? Não sei. Mas sei que ele deixou esse legado ao povo brasileiro.

aprovação desta MP⁶⁹. Todavia, em 23 de novembro de 2011 o Senado Federal aprovou o Projeto de Lei 1.749/11 que cria a EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao MEC. Em 15 de dezembro de 2011 foi sancionada a Lei nº 12.550/2011 que autoriza a criar EBSEH. A qual compete prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos HUF's e a regularização de contratação de pessoal, por meio do regime celetista; bem como, prestar às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) serviços de apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública e no âmbito do SUS. Em 28 de dezembro de 2011, a Presidenta do Brasil assinou o Decreto 7.661 aprovando o Estatuto Social da EBSEH (BRASIL, 2011b).

Os parâmetros jurídicos mencionados pressupõem a reestruturação e revitalização do HUF's a fim de otimizar a prestação de serviços e o ensino nessas instituições. Todavia, para os servidores lotados nos HUF's a possibilidade de implantação da EBSEH representa uma fase de incertezas, tendo em vista que, ainda não está explícito como será a gestão do trabalho e de pessoal nesta nova modalidade de administração dos HUF's. Igualmente, inferimos que a implantação da EBSEH nos HUF's não somente representa o fim do concurso público para admissão de servidores estatutários, mas ao transferir os bens públicos da União a uma Empresa também pode colocá-los em risco de dilapidação. Paira em nós - trabalhador e pesquisador - uma pergunta que merece ser citada: a EBSEH não seria um modo de fomentar a precarização do serviço público, catalisando seu processo de terceirização da saúde e da educação, bem como do vínculo trabalhista?

Entendemos que a implantação da EBSEH nos HUF's representa a penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços públicos de ensino, pesquisa, extensão e

⁶⁹ A citar a greve dos servidores das universidades federais em 2011, que entre outros pontos de pauta, lutava pela não aprovação desta MP. E atuação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, composta por diversos Fóruns estaduais organizados, que tem manifestado posição contrária à implantação da EBSEH nos Hospitais Universitários porque considera a sua implantação uma afronta: ao caráter público desses hospitais tendo em vista à sua função como instituição de ensino vinculada à Universidade; considera um desrespeito à autonomia universitária garantida no artigo 207 da Constituição de 1988; um risco à independência das pesquisas realizadas no âmbito dos HUs (<http://www.contraprivatizacao.com.br>).

assistência em saúde. Importa ressaltar que a educação e a saúde são direitos universais, portanto não deveriam ser transformados em “moeda de mercado”.

Afinal, cabe ainda perguntar:⁷⁰ quais são os projetos em disputa no Estado Brasileiro referente aos HUF's? Quem está interessado em qualificar o atendimento nos HUF's? Observa-se que o interesse pende para a consolidação do projeto privatista em curso no Brasil, tanto da Educação como da Saúde, tendo em vista o grande número de faculdades privadas homologadas pelo MEC ao longo das últimas décadas.

Segundo Junqueira (1990, p. 257-258),

a qualidade dos serviços públicos de saúde não deve passar pela privatização desses serviços, aos quais têm acesso, apenas, as camadas privilegiadas da sociedade. Mas, sim, um serviço público de saúde com resolubilidade e qualidade, acessível a toda a população, pois esse é um direito que a nova Constituição lhe assegura.

Para o autor, assegurar direitos implica em ter compromisso com as necessidades de saúde da população, cuja lógica deve permear a gestão dos serviços públicos, particularmente dos estabelecimentos hospitalares. Trata-se de produzir um produto com características peculiares e, pensar em acesso universal a saúde remete a modelos de gestão comprometidos com a vida.

Quanto aos HUF's, trata-se de um cenário de múltiplas demandas para os gestores e demais trabalhadores. O usuário traz consigo as desigualdades sociais, econômicas e culturais nas quais encontra-se inserido. Além disso, a gestão dos HUF's cotidianamente tem sido permeada pela macro-política e micro-política. Segundo Akel (1993, p. 153),

[...] os hospitais universitários agregam naturezas diversas, interesses potencialmente conflitantes e múltiplas dinâmicas fortemente interdependentes. Conformam-se como organizações grandes e complexas, multiprofissionais, com multiusuários, milhares de insumos, alto aparato tecnológico e elevados custos. Exigem administração profissional competente, embasada em paradigmas (crença, valores e técnicas) capazes de promover as

⁷⁰ Assim o fez Cecílio (2005) ao abordar que existem diferentes projetos em disputa dentro dos hospitais governamentais.

condições necessárias ao seu funcionamento com padrões de qualidade voltados à excelência

O autor evidencia a complexidade dos HUF's, tendo em vista à finalidade desta instituição, que requer um número de profissionais correspondente as diversas atividades ali desenvolvidas nas 24 horas do dia, nos 365 dias do ano. Torna-se necessário uma política administrativa capaz de promover as condições necessárias ao seu funcionamento. Evidencia-se, um cenário de correlação de forças, de poderes instituídos, de interesses conflitantes: políticos, econômicos, sociais e pessoais; acentuam-se neles os problemas diversos na gestão e nos processos de trabalho.

Akel (1993), Cecílio e Feuerwerker (2007), Reis e Cecílio (2006), e Drago (2011), admitem que os HUF's são instituições que agregam diferentes funções e carregam em seu bojo uma gestão fragmentada entre o ensino e a assistência, isto evidencia diversos conflitos de interesses. Entre outros citamos: as demandas da Direção e os interesses dos médicos e outras categorias profissionais; aquilo que a instituição oferta e o que os usuários anseiam obter; os objetivos do ensino e as necessidades da assistência. Para Cecílio (2006, p. 296), isto ocorre porque “[...] os atores estratégicos têm visões ou projetos muito diferenciados e quase sempre conflitantes sobre como o hospital deve ser organizado [...]”. Estão presentes dentro dos hospitais interesses diversos que geram conflitos e divergências a cerca da organização do trabalho e, por conseguinte da gestão e do cuidado.

Segundo Campos (2007b), os conflitos devem-se a duplicidade de objetivos inerentes as organizações, dentre elas o hospital. A saber: produzir serviços de interesse social e, ao mesmo tempo, assegurar a sobrevivência da própria instituição e do conjunto de agentes que interagem ou dela dependem.

Compreendemos que a instituição hospitalar, em especial aquela de grande porte, estatal, e de ensino e pesquisa, torna-se mais favorável a uma arena de disputas, de conflitos e divergências. Contudo, os conflitos ainda que presentes em grande número não são prerrogativa exclusiva dos HUF's. De acordo com Campos (1997, p. 98), “[...] haveria de se reconhecer que a administração de cada sistema de saúde, de cada

empresa pública, é uma instância de disputa política, de conflito de classes, de variadas concepções culturais, sociais e históricas”.

Para Cecílio (2005) e Campos (2007b), os conflitos remetem a uma característica intrínseca e inseparável à vida organizacional. Quanto aos conflitos explícitos e encobertos no contexto das instituições de saúde, torna-se necessário dar-lhes um tratamento político. Diante do qual, “[...] os gerentes e os trabalhadores de saúde podem ser pensados como homens da ação, como seres práticos, com capacidade para conhecer e (re)criar a realidade humana, inclusive tomando uma postura ativa e criadora diante dos conflitos” (CECÍLIO, 2005, p. 511). Este autor afirma que lidar com conflitos trata-se de uma atividade contínua dos gestores em toda e qualquer instituição. E sugere, para os serviços de saúde, buscar novas possibilidades de lidar com os conflitos, usando-as como uma ferramenta gerencial.

Cecílio (2002) e Cecílio e Feuerwerker (2007) propõem alterações nos processos gerenciais dos hospitais públicos, em especial sugerem construir espaços para disputa “civilizada” de visões antagônicas e projetos diferenciados. Esses espaços poderiam ser os Colegiados de Gerência cuja atribuição seria definir políticas mais gerais e avaliar seu desempenho como um todo. Os autores sugerem adotar organograma horizontalizado que resulte em desconcentração do poder decisório sobre a gestão do cotidiano. E, implementar mecanismos gerenciais internos a fim de refutar a lógica de gestão fragmentaria do hospital público. Assim, para essa nova forma de trabalhar, os autores defendem a qualificação dos gestores e demais trabalhadores⁷¹. O gestor, ao invés de comandar e controlar deveria, fundamentalmente, ter a capacidade para ouvir e arbitrar conflitos e, inventar formas democráticas para o cotidiano na gestão.

Para Pinheiro e Mattos (2006), gestar instituições de saúde passa necessariamente pelo uso de tecnologias de gestão de perspectiva emancipatória, que assegurem inter-relação democrática de diferentes conhecimentos. Tendo como principais instrumentos

⁷¹ “Compreender as novas complexidades do trabalho em saúde significa, igualmente, tomar consciência da enorme responsabilidade que tem a sociedade na formação de trabalhadores capacitados para assumir com competência as tarefas da atenção à saúde das populações, de tal modo que esses trabalhadores se sintam seguros e percebam o trabalho como fonte de satisfação e de crescimento pessoal” (ASSUNÇÃO; ROSALES; BELISÁRIO, 2007, p. 08).

a participação política e o controle social. Isto “[...] implica em repensar as questões mais relevantes do processo de trabalho, da gestão e do planejamento em saúde, buscando uma visão construtivista de conceber novos saberes e práticas em saúde” (PINHEIRO; MATTOS, 2006, p. 22). “[...] No sentido de contribuir para a construção de conceitos e estratégias assistenciais mais ricas e eficazes de enfrentamento de problemas prioritários de saúde da população” (idem p.23). Enfim, visa fomentar a transformação das práticas em saúde.

Cecílio (2002) reconhece que rever os processos gerenciais dos hospitais públicos implica em um grande esforço a fim de alterar a cultura organizacional e, imprimir a lógica da negociação, da construção da interdependência e da co-gestão. Para o autor, enfrentar os problemas mais comuns do cotidiano dos hospitais, com sucesso, requer uma atuação conjunta dos atores internos da instituição. Isto significa que na gestão de hospitais o mais importante não é controlar, mas conduzir o trabalho no sentido de usar os diferentes saberes para a construção de arranjos organizacionais democráticos. Para Campos (2007b), trata-se de coletivos organizados para a produção.

Os HUF's desempenham um papel social e político, não somente em relação à prestação da assistência, mas também para a formação e a criação de identidade dos profissionais da saúde. Essas diferentes atribuições torna mais complexo a gestão destes hospitais.

Devido à centralidade das pessoas e do trabalho dentro do hospital, a seguir importa aclarar a singularidade do trabalho do gestor.

3.2 A PECULIARIDADE DO TRABALHO DO GESTOR

Tendo em vista que a atividade humana é um ato produtivo que modifica um objeto e produz algo novo, aqui buscamos conhecer a singularidade do trabalho do gestor no âmbito hospitalar. O objeto de trabalho, sobre o qual incide a ação deste trabalhador, vai ser transformado em um produto com valor de uso.

Neste estudo, entendemos que a matéria prima sobre a qual incide a ação do gestor de Divisão são as questões organizacionais. A ele cabe organizar processos de trabalho, planejar ações assistenciais e administrativas, arbitrar conflitos de interesses. As decisões e ações do gestor demonstram intenções, ele ocupa uma posição-chave quanto ao direcionamento deste HUF.

O trabalho dos gestores de hospitais públicos adquire contornos peculiares, ele lida com sujeitos que portam saberes e estabelecem relações de poder. Dentro do hospital estão inseridos vários atores, os quais portam necessidades, desejos, direitos e interesses. Os processos de trabalho e as pessoas que os realizam carregam consigo um conjunto de saberes, cujas relações estabelecidas traduzem o modo de exercer o poder. No caso de um HUF vinculado ao SUS, comparecem as Políticas de Educação e Saúde, e os respectivos sujeitos/usuários.

Devido à dinâmica do contexto hospitalar, torna-se necessário o gestor inventar no cotidiano do trabalho modos de lidar com imprevistos para atender as necessidades humanas de saúde.

O trabalho nesta área apresenta o componente da impotência de estar diante de situações para as quais o profissional sente-se incapaz de interferir, da mesma forma que implica lidar constantemente com situações imprevistas. Estas características demandam um esforço intenso dos gerentes que, habitualmente, são formados ou forçados a pensar e atuar em ambientes mais circunscritos, através de planejamento e controle (WEBER; GRISCI, 2010, p.57).

Na gestão hospitalar, as lacunas não cobertas pelo trabalho prescrito no Regimento da Instituição, nas Leis e demais normas constituem-se como espaços de improvisação do gestor. “[...] Algumas vezes, além de não haver um procedimento estabelecido, existe alguma norma impeditiva da realização destas ações” (WEBER; GRISCI, 2010, p. 64). Além das regras prescritas para a execução de tarefas, o gestor deve utilizar seu potencial criativo, fazer acordos e pactos com os demais sujeitos no processo de produção, para dar conta de situações inusitadas.

Nesse sentido, a função gerencial requer um conhecimento adequado da organização, naquilo que é definido formalmente e naquilo que

normalmente se chama de informal, que gera o clima organizacional. Daí a importância de visualizar o papel gerencial, não como um atributo individual, mas como um fenômeno relacionável (JUNQUEIRA, 1990, p.250).

Importa ressaltar que o hospital caracteriza-se por um ritmo freqüente, sem parada, portanto requer celeridade nas decisões. Ainda de acordo com Weber e Grisci (2010, p. 64, “a incerteza despertada pelo ato de decidir, soma-se a incerteza sobre como esta decisão será percebida, qual repercussão provocará, em especial no que diz respeito à maneira como a chefia será avaliada por sua decisão”. Isto porque a repercussão de uma decisão no ambiente hospitalar pode significar salvar a vida de uma pessoa, mas o contrário também é possível de acontecer. Caso sejam desrespeitados os preceitos éticos que regem os serviços de saúde e, se comprovado um ato ilegal implica em responder um processo administrativo e penal. Entendemos que emerge do gestor um sentimento de incerteza quanto à melhor tomada de decisão, não somente por causa de um possível processo jurídico, mas porque trata-se de responder por necessidades humanas e isto afeta a si próprio como ser humano.

Evidencia-se que a função do gestor, quanto à tomada de decisão requer agilidade. Tendo em vista, que “a gestão opera com este fator – o tempo [...]. Um tempo impossível de ser marcado cronologicamente. O tempo em que as decisões devem ser tomadas. O instante em que se perde uma vida ou o instante em que nasce uma vida. [...]” (SILVA, 2004, p.45). Na gestão de hospitais o tempo urge. A vida chega, permanece ou submerge. E o gestor responde por isto. O processo decisório do gestor de hospital acompanha as características desse contexto que, apresenta elevada complexidade e variabilidade de situações.

O gestor encontra-se no cenário da realidade para o qual muitas vezes não se tem respostas prontas. Quer seja por causa das vicissitudes relacionadas à atribuição de gerenciar os serviços administrativos ou de que prestam assistência, ou porque deve a contento prover os insumos em quantidade suficiente para suprir a instituição e depara-se com um modelo de aquisição burocrático e ultrapassado, ou devido aquelas demandas advindas dos trabalhadores ou da parte dos usuários do hospital. O que ocorre no hospital, por exemplo: cancelamento de cirurgias e de consultas, falta de

equipamentos, dentre muitas outras questões, em geral, acaba por comparecer na agenda do gestor. Dele espera-se soluções para variadas demandas que advêm da própria dinâmica da instituição e, também dos usuários.

Para Cecílio (2005, p.508),

as agendas de trabalho dos gerentes das organizações de saúde são sempre invadidas, no dia-a-dia, por um conjunto de fatos que podem ser designados como conflitos. Na verdade, “*lidar com conflitos*” é uma constante no cotidiano dos gerentes e da direção superior, em toda e qualquer organização.

Este autor compreende que o conflito diz respeito ao que causa incômodo e emerge na instituição; e que apresenta-se no cotidiano de trabalho do gestor. Portanto, trata-se de situações que podem ocorrer a qualquer tempo dentro dos hospitais. Para Merhy (2002a), dentro de uma organização de saúde cada ator tem uma visão diferente da mesma instituição; o hospital que o gestor vê não é o mesmo que o usuário enxerga. Tais diferenças são parte das tensões características de toda e qualquer organização e explicam, pelo menos em parte, os conflitos que comparecem nas agendas dos gestores. Este autor, também aposta na aplicação de novos arranjos de gestão, mas reconhece que qualquer que seja o arranjo organizacional, não há como extinguir aquele território tenso inerente ao campo dos serviços de saúde.

No encontro destas duas dimensões: o da gestão do hospital e as necessidades humanas em saúde, apresentadas pelos usuários - nem sempre coerentes entre si - podem ocorrer conflitos que requerem dos envolvidos habilidade para lidar com isto, a fim de que ambos sejam pelo menos respeitados.

Azevedo (2005), em sua tese de doutorado, investigou a prática gerencial em hospitais públicos – hospitais gerais com Emergência do município do Rio de Janeiro, vinculados aos níveis municipal, estadual e federal; no total participaram oito Diretores. A pesquisadora identificou que os obstáculos no cotidiano de trabalho na gestão são muitos e advêm “[...] de toda ordem: políticos, institucionais, materiais, gerenciais, intersubjetivos, exigindo um enorme esforço, de fato, como ‘nadar contra a corrente’

[...]” tendo em vista que “[...] O cenário dominante é de baixa governabilidade tanto quanto a fatores externos ao hospital, quanto aos internos” (AZEVEDO, 2005, p.323).

Segundo Merhy (2002b), torna-se necessário compor uma caixa de ferramentas para o gestor utilizar no cotidiano do trabalho na gestão em saúde “[...] que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados e que se abra para a incorporação de qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos em produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas” (MERHY, 2002b, p.178). Considerando que as ferramentas utilizadas são específicas em cada processo de trabalho, neste caso, destacam-se o conhecimento do gestor e os saberes tecnológicos.

Neste sentido, a gestão de uma instituição pode ser feita de modo compartilhado, valendo-se do protagonismo coletivo dos atores que compõe o hospital. Campos (2007b) critica o perfil do gerente centrado na autoridade e considera o papel dos dirigentes em uma organização democrática pelas seguintes características.

Mais um maestro do que um general. Mais um coordenador do que um ordenador. Algo entre um analista e um líder. Alguém que lograsse sintetizar um desempenho racional-legal e carismático. A capacidade de exercer certo grau de aglutinação e de coesão. O papel do dirigente: um misto de racionalidade e capacidade de liderança (CAMPOS, 2007b, p.163).

No que tange a atuação do gestor, dar-se-ia de forma criativa e não como mero repetidor de diretrizes, regras e atas. Sua ação seria pautada em iniciativa e liderança, sempre respeitando as normas instituídas, mas sem limitar-se a elas. Segundo Merhy (2002b, p.177), isto não significa “[...] abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente [...]”.

Em suma, os desafios que se apresentam para o gestor de hospitais são bastante significativos. Pensar a singularidade do trabalho do gestor é reconhecer esta função como sujeita ao atravessamento das tensões que emergem no contexto da instituição como um todo.

A seguir vamos tecer considerações a respeito da saúde do trabalhador da saúde, mais precisamente o trabalhador-gestor.

3.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR-GESTOR

A saúde dos trabalhadores da saúde tem sido objeto de estudos, porque ao cuidar de indivíduos e suas comunidades isto também os torna vulneráveis e, por conseguinte carecem de medidas de proteção à saúde. Aqui importa aclarar quem são os trabalhadores da saúde e, quais atividades realizam.

Os trabalhadores em saúde são pessoas que estão diretamente envolvidas em ações com os usuários dos sistemas e aquelas que prestam apoio à gestão clínica-assistencial, independentemente do tipo de contrato ou vínculo, tanto no setor público quanto no setor privado. Eles atuam no nível da gestão ou da assistência direta ao cidadão doente ou atendido em programas de promoção da saúde, sendo que podem também atuar nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia (NESCON, 2007, p. 18).

A definição de trabalhador da saúde se dá pela atividade que realiza e não devido à formação ou capacitação em saúde. Trata-se, pois de uma diversidade de trabalhadores, inseridos em diversos serviços de saúde.

Dada a complexidade que envolve a saúde do trabalhador da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e da saúde do trabalhador da saúde. As condições de saúde e trabalho configuram-se como alvo das Nações Unidas e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), dentre outras fatores porque evidencia-se um estado crítico do setor saúde. Entre outros fatores devido às vivências emocionais negativas do trabalho em saúde que afetam o seu trabalhador, a vulnerabilidade e a falta de preparo do sistema para a proteção dos seus trabalhadores (NESCON, 2007).

Tendo em vista a necessidade de ampliar a compreensão no que tange aos efeitos do trabalho na saúde do trabalhador, tem sido considerado, além das condições de trabalho (que consistem nas circunstâncias em que o trabalho é realizado e dizem respeito à exposição aos riscos físicos, químicos, biológicos e mecânicos que podem provocar acidentes e demandar esforços musculoesqueléticos intensos), os efeitos oriundos da organização do trabalho. Seligman-Silva (2011, p. 255) apresenta a expressão situação de trabalho, a qual tem sido utilizada

[...] por especialistas de diferentes áreas que estudam o trabalho humano para designar o conjunto complexo que inclui as condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho; os aspectos técnicos; a organização prescrita e a organização real das atividades de trabalho, bem como a gestão destas; a caracterização dos canais formais de comunicação e das relações interpessoais [...].

De acordo com a autora, a expressão situação de trabalho abarca a gestão, a organização do trabalho prescrito e real e, também os condutos de comunicação e das relações interpessoais. Trata-se, pois de aspectos bastante familiares ao cotidiano de trabalho em hospitais públicos.

Quanto aos parâmetros legais da saúde do trabalhador destaca-se a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080/90 que preconiza em seu Artigo Sexto Parágrafo 3º.

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990).

A inserção da saúde do trabalho no SUS significa reconhecê-la como uma política pública. Desde então, o Estado Brasileiro tem sido convocado a construí-la. Os avanços na legislação e na normatização da saúde do trabalhador têm contribuído para sobrepujar a visão conservadora da Medicina do Trabalho⁷² e da Saúde Ocupacional⁷³

⁷² A Medicina do Trabalho centrada na figura do médico e, tipicamente têm como 'lócus' de sua prática os locais de trabalho e assim orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença um agente etiológico (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

que, baseiam-se em restritas concepções médico-biologista e higienista; e, fomentar a idéia do trabalhador como agente de transformação, protagonista de seu processo de trabalho.

Contudo, muitos têm sido os desafios para construir uma Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do trabalhador (PNST) que dê conta das demandas dos trabalhadores, principalmente dos trabalhadores da saúde⁷³. No que tange a sustentação legal encontra-se ancorada na Portaria GM/MS 1.125/05a que dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Além disso, foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde Trabalhador (Renast) por meio da Portaria GM/MS 1.679/, de 19 de setembro de 2002. A qual tem sido vista como a principal estratégia da saúde do trabalhador no SUS. Contudo em decorrência das dificuldades para criar a rede, como o nome se propõe, voltada à assistência e à vigilância para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador, em 2005 a Renast foi revista e ampliada por meio da Portaria GM/MS 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Considerando a necessidade de nova adequação a citada Portaria foi reeditada pela Portaria GM/MS 2.728, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2002, 2005a, 2005b, 2009).

Embora o Estado brasileiro apresente iniciativas no intuito de traçar uma política nacional, os resultados ainda são insuficientes para caracterizá-los como plano de ação consistente. De acordo com Vasconcelos e Machado (2011, p. 37), “[...] pouco se fez na direção da intersetorialidade, praticamente não se constitui uma vigilância sanitária dos processos de trabalho e persistem as inconsistências das informações”.

A intersetorialidade é uma das diretrizes da PNST e, ao ser utilizada permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas. Um estudo recente realizado por Minayo-Gomes (2011) denota a atuação integrada de Órgãos

⁷³ A Saúde Ocupacional incorpora a intervenção sobre os riscos ambientais (ar, luz, ruídos) e apresenta traço de multicausalidade, no entanto, não considerava a determinação social da doença. A partir do final dos anos 1960, também foi questionada porque suas ações não ultrapassaram o referencial teórico da Medicina do Trabalho e, apresentava desarticulação entre as atividades da “equipe” multiprofissional e as capacitações de recursos humanos não acompanharam as rápidas transformações dos processos de trabalho (DIAS; MENDES, 1991).

⁷⁴ Importa ressaltar que a saúde do trabalhador surgiu a partir da grande fábrica onde o trabalhador é visto como força de trabalho, entretanto na área de saúde trata-se de um processo de trabalho singular e, por conseguinte requer uma peculiar intervenção por parte das políticas do Estado.

públicos, entre eles o Ministério Público de São Paulo e organizações não-governamentais, tendo como objetivo promover a melhoria das condições de vida e trabalho dos cortadores de cana de açúcar. As três experiências abordadas no estudo corroboram a importância da intersectorialidade para a saúde do trabalhador. Isso demonstra que ações resolutivas em saúde do trabalhador requerem parcerias com outros setores e serviços, entre eles, o Ministério do Trabalho e Emprego, a Previdência Social, o Meio Ambiente e o Ministério da Educação, bem como o Ministério Público.

Igualmente, a vigilância dos processos de trabalho é imprescindível para prevenir o adoecimento dos trabalhadores, tendo em vista a centralidade do trabalho no atual modo de produção capitalista, no qual destaca-se o setor de serviços. Segundo Vasconcelos e Machado (2011, p.37),

um dos principais dilemas na configuração da política nacional é o enfrentamento da blindagem política, reproduzida pelo sistema de saúde brasileiro, no sentido de não considerar a centralidade da categoria trabalho nos determinantes sociais da população em geral.

O desafio de considerar a centralidade da categoria trabalho também manifesta-se na produção de conhecimento. De acordo com estes autores os estudos em saúde do trabalhador têm sido centrados na análise de doenças relacionadas ao trabalho, em detrimento do trabalho como determinante social. De acordo com Vasconcelos e Machado (2011, p. 39), a construção de uma política nacional de saúde do trabalhador requer, obrigatoriamente,

[...] a confluência de duas construções que se complementam: uma, a de uma nova forma de construir política pública com o trabalhador-objeto da política como sujeito da construção e não como reivindicante ou acompanhante dela; e a outra, a de uma nova forma de produzir conhecimento, especialmente na academia, na linha de consideração do trabalhador-sujeito.

Os autores reafirmam o trabalhador como um sujeito de direitos e deveres, ou seja, um protagonista da construção da política nacional de saúde do trabalhador cujo entendimento deve perpassar os estudos acadêmicos.

No que tange a saúde do trabalhador do SUS, tem sido manifesto uma busca por parte dos representantes dos trabalhadores para a construção de democráticas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde. Para tanto, foi constituída a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS⁷⁵ (MNNP-SUS) organizada em duas bancadas: a governamental e a sindical. Tendo como objetivo maior estabelecer um fórum paritário e permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS. A participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania, tendo em vista à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o fortalecimento do SUS (SILVA, 2008).

Como resultado das negociações da MNNP-SUS, destacamos duas importantes conquistas para o trabalhador do SUS. Uma delas é o Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS; definido no protocolo nº 006/2006 da MNNP-SUS. De acordo com Silva (2008) a partir de estudos realizados pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a MNNP-SUS negociou com o MEC e isso resultou em um reajuste salarial de 15% a 110% para os trabalhadores ligados a Federação Nacional de Sindicatos das Universidades Brasileiras (Fasubra). Esta tem sido considerada a conquista mais importante da Mesa até o ano de 2008.

A outra conquista - registrada no Protocolo Nº 08/2011, em 01 de dezembro de 2011 - institui a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (PNPST-SUS). Entre outros objetivos, visa promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do SUS, por meio do enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e organização do trabalho que possam propiciar a ocorrência de agravos à saúde, e do empoderamento dos trabalhadores - considerados atores sociais dessas transformações (BRASIL, 2011c).

Quanto à saúde do servidor civil federal, foi elencada a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) sustentada por três eixos: a vigilância e promoção da saúde, assistência a saúde do servidor e perícia em saúde.

⁷⁵ A princípio a MESA foi instalada em 1993 e reinstalada em 1997, porém com funcionamento irregular. E foi reinstalada pela terceira vez em 04 de junho 2003 (BRASIL, 2012). Entendemos que essa interrupção do funcionamento da Mesa traduz as tensões que existem nas negociações.

Bem como, a Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal (NOSS)⁷⁶, a qual define diretrizes gerais para a implantação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. A PASS, a NOSS, a PNPST-SUS e outras Convenções do Trabalho e ações que referendam compromissos, juntos formam os aportes legais que regem a intervenção na saúde do trabalhador do SUS (BRASIL, 2011c).

Os citados parâmetros são importantes instrumentos norteadores para a construção de uma política de promoção da saúde do trabalhador do SUS cujas diretrizes prevêm fomentar arranjos de gestão fundamentados na co-gestão dos processos de trabalho, negociação permanente dos conflitos de interesses e conflitos inerentes as relações de trabalho. Trata-se de questões objetivas e subjetivas, como condições dignas de trabalho para o trabalhador que atua nos serviços de saúde e a democratização das relações de trabalho.

Reconhecemos que a participação do trabalhador é fundamental para a identificação das repercussões do trabalho sobre o processo saúde-doença, pois ele detém conhecimentos a respeito de sua atividade e dos efeitos dele sobre si. Compreensão que os profissionais da área de saúde do trabalhador não possuem na sua amplitude. Afirmamos a importância de organizar o processo de trabalho no âmbito dos serviços de saúde, com a participação dos trabalhadores.

O trabalho em saúde “[...] na maioria dos casos, é um trabalho portador de sentido para os seus protagonistas. Porém, há sinais de insatisfação associados aos indicadores de adoecimento nas diversas categorias profissionais que representam o setor” (ASSUNÇÃO, 2011, p. 459). Para Borges (2001), a organização do trabalho e os processos de trabalho podem desencadear a manifestação de doenças relacionadas ao trabalho.

Quanto às pesquisas a cerca da repercussão do trabalho do gestor para a saúde deste trabalhador identificamos que Weber e Grisci (2010) realizaram um estudo de caso no

⁷⁶ Publicada em 07 de maio de 2010. Até então não existia definições legais sobre a vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção da saúde do servidor civil federal.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre⁷⁷, do qual participaram 23 chefias intermediárias. A pesquisa objetivou discutir os modos de vivenciar e dar sentido à experiência na gestão. Os entrevistados relataram levar atividades para seu domicílio, seja no formato material ou devido às preocupações relativas ao trabalho na gestão.

[...] sendo comum o relato de perder o sono ou sonhar com questões referentes ao trabalho. Para amenizar esta situação, muitos recorrem ao uso de medicamentos. Esta prática revela o adoecimento dos sujeitos mediante um trabalho que, tal qual está organizado, apresenta poucas possibilidades de estabelecimento de estratégias mais efetivas para lidar com o sofrimento que lhe é inerente (WEBER; GRISCI, 2010, p. 65).

Percebemos então o efeito do trabalho na saúde do gestor intermediário em um hospital. As autoras destacam a necessidade de construir estratégias para lidar com o sofrimento inerente ao contexto hospitalar.

Azevedo (2005, p.9) identificou, que “[...] nos hospitais a intensa precariedade tem implicações de vida ou morte, gerando grande sofrimento entre os profissionais e gestores”. Para a autora, o sofrimento e o adoecimento foram relacionados ao trabalho gerencial, caracterizado por um ritmo acelerado, no qual comparecem cobranças e, o sentimento de continua responsabilidade pelo hospital. E porque no cotidiano de trabalho na gestão emerge tensão e, caracteriza-se por um ritmo intenso de trabalho em contraposição aos limites do processo decisório. “A superlotação e a pressão da população 24hs, as restrições quanto às condições materiais para o atendimento, constituem um quadro de precariedade que torna-se importante fonte de sofrimento” (AZEVEDO, 2005, p.323).

Outra fonte de sofrimento para os diretores advém da responsabilidade legal inerente ao cargo em um contexto de baixa governabilidade. Ser responsável por tudo que se passa no hospital – a qualidade do atendimento, o funcionamento dos equipamentos, as negociações, as prestações de serviços - torna-se fonte de sofrimento pela falta de condições para exercer plenamente este lugar (AZEVEDO, 2005, p.263).

⁷⁷ O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma Empresa Pública de Direito Privado, criada pela Lei 5.604, de 02 de setembro de 1970. Integrante da rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs).

Contudo, no trabalho do Diretor de hospital também tem sido possível construir sentidos para a realização pessoal.

Apesar da angústia decorrente da improvisação e de uma prática orientada pelo “*problema do dia*” surge certa adaptação a esse contexto de urgência e até mesmo prazer com relação ao papel de “*operacionalizador do sistema*”. A prontidão permanente, a ação contínua parece funcionar como um antídoto contra a incerteza, evitando contato com os conflitos. Assim, o imediatismo e o curto prazo são produtores de sentido e cumprem um papel defensivo (AZEVEDO; FERNANDES; CARRETEIRO, 2007, p. 2416-2417).

As autoras identificaram que o trabalho gerencial não tem sido somente fonte de sofrimento, mas também de prazer. Elas inferem que isto pode estar relacionado à capacidade de adaptação ao contexto de adversidades e imediatismo, como tem sido a função do gestor dos hospitais pesquisados.

Segundo Brant e Minayo-Gomes (2004, p.214), “os sujeitos sofrem e manifestam seu sofrimento, em maior ou menor grau, de acordo com o uso que fazem do vocabulário disponível em sua época e da sua inserção social”. Para os autores, o prazer e o sofrimento são fatores bastante peculiares a cada trabalhador e, depende da significação que assume no tempo e no espaço em que estão inseridos.

O que é sofrimento para um, não é, necessariamente, para outro, mesmo quando submetidos às mesmas condições ambientais adversas. Ou ainda, aquilo que é sofrimento para alguém, pode ser prazer para outro e vice-versa. Um acontecimento, como algo capaz de provocar um espanto, em um determinado momento pode significar sofrimento; em outro, pode ser vivenciado como satisfação (BRANT; MINAYO-GOMES, 2004, p. 214).

Brant e Minayo-Gomes (2004) fazem uma reflexão crítica sobre a transformação do sofrimento em adoecimento. Para os autores, “[...] na atualidade, parece existir uma tendência de banir o sofrimento do mundo do trabalho e desconsiderá-lo uma dimensão contingente à produção [...]” (p.213) e uma tentativa de promoção ao adoecimento no contexto do trabalho. “[...] é possível observar, no interior das organizações, o quanto a tristeza é, imediatamente, nomeada como depressão e o medo, como paranóia [...]” (p.214).

Os citados autores chamam nossa atenção para a interpretação que tem sido dada ao sofrimento no trabalho porque abre espaço para a medicalização de suas manifestações, por meio de prescrições indiscriminadas, principalmente, de antidepressivos e ansiolíticos. Igualmente pode ainda levar a longos períodos de licenças médicas. E nesse processo de interpretação do sofrimento e do adoecimento, contribuem os profissionais da saúde do trabalhador, os gestores, trabalhadores e por vezes os seus familiares.

Entendemos que o trabalho hospitalar remete a um discurso de sofrimento, dor, morte, doenças, tratamento, remédio e, também cura e vida embora em menor proporção. Os trabalhadores desta instituição cotidianamente pensam, expressam e agem afetados por esta terminologia discursiva, inerente ao seu objeto de trabalho - as necessidades humanas em saúde.

Barros e Barros (2007) têm se empenhado em analisar o trabalho em serviços de saúde na busca de desnaturalizar a equação trabalho igual a sofrimento. Para estas autoras é possível “[...] transitar da dor ao prazer sem que com isso caiamos na banalização do sofrimento ou na idealização do prazer” (BARROS; BARROS, 2007, p.70).

De acordo com Merlo (2011, p. 375), “[...] na realidade concreta e na vivência individual do trabalho não encontram apenas sofrimento, mutilação e morte”. Para França, Falcão e Godoy (2010, p. 4-5), o trabalhador vivencia um processo dinâmico de produção de sentidos.

Assim, se por um lado o mundo do trabalho será gerador de sofrimento, na medida em que confronta as pessoas com desafios externos, por outro lado, é também a oportunidade central de crescimento e de desenvolvimento psicossocial do adulto. Se o trabalho leva ao sofrimento e ao adoecimento, esse mesmo trabalho pode se constituir em uma fonte de prazer e de desenvolvimento humano do indivíduo. Dessa forma, fica evidente que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomadas como um espaço de neutralidade subjetiva ou social.

Para as autoras, o trabalho, além de sofrimento, também constitui-se uma fonte de prazer e de desenvolvimento do indivíduo trabalhador, tendo em vista que o desejo pode movê-lo a produzir outros modos de ser e viver no mundo.

Faria e Dalbello-Araujo (2010 p. 433) acreditam “[...] que o mesmo processo que produz saúde é capaz de criar profissionais mais saudáveis [...]”. Para as autoras, os trabalhadores da saúde são sujeitos capazes de lutar pela sua própria saúde e a saúde de outros indivíduos e das comunidades.

Percebemos que o trabalho em saúde pode gerar adoecimento, contudo ele também constitui uma fonte de significados de realização e prazer para o trabalhador à medida que, de modo criativo, apropria-se do seu processo de trabalho e dos seus resultados.

No capítulo subsequente passaremos a análise dos dados, trata-se de uma fase essencial para alcançar os objetivos da pesquisa. Portanto, buscamos compreender o processo de trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM.

4 O PROCESSO DE TRABALHO: EM QUESTÃO A SAÚDE DO GESTOR

Ao nos determos sobre os depoimentos dos sujeitos deste estudo percebemos a abundância de detalhes do processo de trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM. Visando uma melhor compreensão, a análise foi estruturada em três eixos principais: a) a experiência na gestão; b) a organização do trabalho; e, c) a combinação entre saúde e a gestão: o ‘trabalhador gestor’.

4.1 A EXPERIÊNCIA NA GESTÃO

A experiência na gestão foi retratada pelos sujeitos deste estudo mediante menção do trabalho prescrito e do seu trabalho real, em um contexto de muitos desafios.

No que tange as atribuições dos gestores descritas no Regimento Interno do HUCAM, os sujeitos deste estudo as reconhecem e afirmam que o desempenho das Divisões depende do seu respectivo gestor, a quem cabe representar os Serviços⁷⁸ que lhe estão subordinados junto a Direção do hospital.

O chefe da Divisão faz a integração desses setores. Estou na realidade o tempo todo coordenando e eu faço também uma ligação entre todos esses Serviços e a Direção do hospital. Então eu respondo junto à Direção do hospital por esses Serviços. Existem os chefes que no dia a dia vão tocar e dar o andamento desses Serviços, mas a responsabilidade por coisas que aconteçam nesses Serviços é do chefe da Divisão (G10).

No conteúdo dos depoimentos percebemos que os gestores tomam para si, de modo individualizado, a responsabilidade pelo desempenho da Divisão. O que demonstra a centralização da gestão na figura do gestor. Contudo, eles também admitem que nem sempre tem sido possível cumprir todo o trabalho prescrito.

A gente foge um pouquinho do que é a poesia descrita no regimento do hospital. No Regimento do hospital diz que a gente tem que planejar e

⁷⁸ Os Serviços citados neste texto com letra maiúscula referem-se aos Serviços do organograma do HUCAM, conforme consta no Anexo A.

coordenar uma série de coisas. É difícil planejar e coordenar uma coisa que não tem teoricamente muito planejamento (G12).

A frase “é difícil planejar e coordenar uma coisa que não tem teoricamente muito planejamento” remete a dinâmica do modelo de gestão deste HUF. No estudo realizado por Lima (2001) não foi identificado um plano de trabalho no HUCAM, particularmente a Divisão de Enfermagem também não dispunha⁷⁹.

Os entrevistados referiram ter várias atribuições, dentre elas, o planejamento e a supervisão dos chefes de Serviços.

São várias as atribuições. Entre elas a principal seria o planejamento. Você consegue fazer? Não. Não consegue por quê? Porque tem inúmeros problemas para resolver. É falta de funcionário. **Então você até planeja, mas não consegue desenvolver. Ai vem o desgaste.** Ai você tem que supervisionar a assistência, supervisionar os coordenadores. Você tem inúmeras atribuições que às vezes não dá conta de fazer tudo pelos problemas que saem da sua governança. Você até planeja, mas não consegue desenvolver o que você planejou porque tem de apagar incêndio o tempo inteiro (G05).

Os sujeitos deste estudo destacaram o planejamento como sua principal atribuição, todavia ao invés de o realizarem priorizam resolver e ou encaminhar as demandas que surgem no dia-a-dia, bem como fazem a supervisão das atividades dos chefes de Serviços. Enfatizaram que até evitam planejar, tendo em vista a emergência de várias questões que tencionam o cotidiano na gestão, dentre elas a insuficiência de pessoal, que dificultam colocar em prática as poucas ações planejadas. A seguir buscamos compreender sobre quais demandas os gestores referem não terem governança.

Olha a gente até evita de planejar muito porque o hospital é uma caixinha de surpresas. Quando a gente planeja alguma ação a gente acaba desistindo no meio do caminho porque tem outras coisas que acontecem (G08).

A ‘Caixinha de surpresas’ aqui referida simboliza o HUCAM. Uma instituição federal pública atravessada por diversas questões, de ordem jurídica, política, social e econômica. Trata-se de uma instituição que responde por ensino, pesquisa, extensão e

⁷⁹ A Divisão de Enfermagem comporta o maior número de trabalhadores neste hospital.

assistência à saúde humana. Nesse contexto, o trabalho dos gestores de Divisão pauta-se nas demandas que emergem no dia-a-dia.

São pontuais. A gente trabalha no que acontece no dia. Tem as corriqueiras que é dar alguns encaminhamentos junto a Diretoria, mas é mais o que acontece no pontual (G08).

Apreendemos dos depoimentos que existe no HUCAM um estilo de gestão fundamentado no imediato, caracterizado por decisões pontuais e atividades improvisadas, por conseguinte pouco resolutivo.

Apagar incêndio. Resolver cada problema que chega. Ultimamente estamos fazendo isso. **Surge um problema aqui eu tento resolver esse problema. Ai já logo em seguida surge outro ali.** Então não tenho conseguido planejar porque você faz o planejamento e ele fura, ou você faz o planejamento e depende do chefe de Serviço para implantá-lo e ele também não o faz. Não faz por quê? Porque está com demanda grande de problemas (G 05).

A expressão 'apagar incêndio', repetida várias vezes pelos sujeitos deste estudo, caracteriza o trabalho na gestão deste HUF. Ao invés de fundamentar suas atividades em negociações e planos de trabalho elaborados *a priori*, a partir do qual tomariam decisões para gerir este hospital de alta complexidade, o fazem *a posteriori* ao surgimento das demandas. Os sujeitos deste estudo enfatizaram a ocorrência de várias questões e a continua busca por resolvê-las como empecilhos para planejar. Dentre outros, a insuficiência de pessoal para elaboração das escalas de serviço; remanejamento interno de trabalhadores para atender as necessidades da instituição e ou devido limitação laboral do servidor; fechamento de leitos; fatores administrativos; morosidade na aquisição de materiais. Além disso, há os conflitos de interesses que ocorrem entre os usuários *versus* os serviços (não) disponibilizados, e entre servidores *versus* instituição, neste caso, em geral, deve-se a organização e às condições de trabalho.

Todos os dias a gente se programa para desenvolver um trabalho e às vezes acontecem os desvios e você não consegue levar aquilo até o fim. Quando eu estou aqui de frente ninguém me deixa trabalhar, porque toda hora chega alguém chamando para resolver alguma coisa, ou tem um funcionário que chega chorando. Então eu sou serviço social, sou psicóloga e sou enfermeira. Tudo acontece nesse lugar! Hoje está tranquilo aqui. Às vezes acontece de estar tranquilo. Ai você consegue fazer as visitas nos setores (G05).

Percebemos que no trabalho dos gestores de Divisão comparece o componente da imprevisibilidade. Dados semelhantes foram identificados por Weber e Grisci (2010). Para as autoras o trabalho dos gestores intermediários de hospital implica em lidar diariamente com situações inesperadas. O cotidiano de trabalho na gestão do HUCAM insiste em cercear as possibilidades de um agir para causar mudança para melhor, pois identificamos que determinadas ações embora planejadas, nem sempre tem sido implementadas. Os sujeitos deste estudo afirmaram que a não implementação delas lhes gera desgaste.

É muito difícil planejar e depois executar. Isso que é a principal angustia da gente. Participamos de vários planejamentos com a Direção do hospital; até participamos do Planejamento Estratégico do hospital. Mas no serviço público a gente não vê as coisas se desenvolverem (G07).

Aqui a situação do HUCAM surge como expressão simbólica do lugar social negativo ocupado pelo serviço público brasileiro. O conteúdo do discurso evidencia descrédito e, atribui ao serviço público, e não ao modelo de gestão deste HUF, a dificuldade para implementar projetos que provoquem mudanças para melhor. Percebemos que o planejamento estratégico no HUCAM limita-se a fase da elaboração escrita, para cumprir uma tarefa burocrática a fim de atender a exigência do MS, mas que não causa nos trabalhadores compromisso com a ação de implementá-lo.

Segundo Paim (2006, p. 770),

[...] planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa a improvisação. É a oportunidade de usar da liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade.

Nesta perspectiva, o planejamento constitui uma opção para sair da improvisação e para evitar cair nas armadilhas circunstâncias do trabalho na gestão deste HUF. O planejamento, além da elaboração dos planos e dos projetos que o compõe, reverbera em compromisso com a ação, dessa forma, visa superar a improvisação. Corroboramos com Junqueira (1990, p.255), que “[...] o discurso e a prática do "apaga fogo", comum no setor público, devem ser superados”.

Segundo Baptista (2003), o gestor deveria utilizar o planejamento, como ferramenta de gestão na sua dimensão político-decisória, a fim de produzir suporte ético-político à sua ação técnico-administrativa. Todavia, o conteúdo dos depoimentos aqui apresentados retrata que na gestão do HUCAM prevalece a improvisação, em detrimento de decisões político-administrativas.

Azevedo (2005, p. 233) referindo-se ao planejamento estratégico afirma que “[...] o imaginário instituído nas organizações públicas é o do descrédito e da impotência. Pensar sobre o futuro é poder abrir brechas para outra construção”. A autora considera o planejamento como lacunas que oportunizam novas configurações dos serviços públicos de saúde.

De acordo com Cecílio (2000, 2002), definir claramente os objetivos dos hospitais públicos pode ser um facilitador para a mudança organizacional, no sentido de qualificar a assistência aos usuários. Reconhecemos a importância de uma compreensão apurada dos objetivos dos hospitais universitários públicos; e a relevância do planejamento das ações ali exercidas, a fim de pactuar antecipadamente estratégias de gestão.

Segundo Paim (2006), o planejamento contribui para a identificação dos problemas e dos meios de superá-los e corresponde ainda a um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde e com quem e para quê. Para o autor, o planejamento quando realizado com a participação dos autores do trabalho, além de identificar os problemas e traçar metas, também mobiliza desejos e, fortalece-os como atores políticos na dimensão coletiva dos serviços de saúde e, os instiga a implicarem-se com a ação, a fim de produzirem no local de trabalho mudanças para melhor.

Ainda de acordo com Paim (2006), quando existem pessoas interessadas na mudança de uma determinada situação e estão sensibilizadas e se comprometem com isto, existe uma chance maior de se implicarem com a realidade. As pessoas “[...] podem ser capazes de transformar a situação atual em uma nova situação” (p. 768). Entendemos que o trabalhador implica-se mais com o trabalho à medida que a atividade que exerce lhe produz sentido prazeroso.

No que tange ao desafio de colocar em prática o que foi planejado, Testa afirma que existe uma “[...] relação necessária entre propostas, métodos para alcançá-las e organização das instituições que se encarregam disso” (TESTA, 1992, p.110 apud ONOCKO; AMARAL, 2002, p. 360).

A partir dos discursos dos sujeitos deste estudo, no HUCAM, a fase da implementação dos projetos guarda as maiores dificuldades. O que demonstra pouca sensibilização e mobilização dos atores do trabalho⁸⁰. Percebemos que existe nesta instituição uma cultura instituída que atribui pouca importância ao planejamento. O que pode estar relacionado a vários fatores, mas parece que sobressai a falta de clareza do valor político-decisório desta ferramenta de gestão - que auxilia a organização dos serviços no alcance dos objetivos da instituição - pois nota-se uma visão burocrática, que julga o planejamento como um documento cujo conteúdo raramente seria possível de ser aplicado à prática.

Segundo Paim (2006, p. 768), “[...] se a prática do planejamento é socializada, um número maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho [...]”. E, por conseguinte pode causar mudanças no trabalho e produzir satisfação para o trabalhador. Evidencia-se a importância da elaboração de um plano de trabalho com a participação dos servidores públicos e, do uso de novas tecnologias de gestão sob uma perspectiva democrática.

Considerando os depoimentos dos sujeitos deste estudo, a experiência na gestão tem-lhes gerado inquietudes. E ao invés de tratar as demandas sob uma perspectiva político-decisória, elas são vistas como empecilhos para o trabalho na gestão.

Só apagando incêndio. Quando o telefone toca já falo, o que é agora?
Porque ninguém telefona para falar que tem uma boa notícia. Só problema! (G05).

Importa ressaltar que “[...] a instituição hospitalar colocou-se na modernidade como uma máquina de resolver problemas de saúde [...]” (SODRÉ, 2010, p. 466). O desafio de

⁸⁰Tendo em vista o baixo número de profissionais de saúde e gestores que participaram nos seminários e grupos de trabalho quando da elaboração do Planejamento Estratégico 2010 – 2020. Do qual participei somente algumas vezes, pois o horário do PE coincidia com as aulas teóricas do Mestrado por mim cursado no ano de 2010.

resolver problemas em serviços de saúde está colocado aos diversos profissionais: Assistentes Sociais, Enfermeiros, Psicólogos, Nutricionistas, entre outros que atuam na instituição hospitalar, e não somente para os gestores. Reconhecemos que resolver problemas é inerente ao trabalho nos serviços de saúde, no entanto, afirmamos que no HUCAM prevalece um modelo de gestão fundamentado em improvisação. O que contribui para baixa resolutibilidade das demandas.

Os problemas que tinha há 04 anos quando eu entrei, são os mesmos problemas. E isso é desanimador como profissional e como pessoa. Você vê que não consegue. A esperança é que algum dia entre alguém e mude (G07).

O depoimento diz respeito ao modelo de gestão do HUCAM, no qual perpetua-se uma prática do imediatismo, sem resolução dos entraves (administrativos, burocráticos, entre outros) que dificultam a melhoria do desempenho da gestão deste hospital. Nesse cenário, os sujeitos deste estudo revelaram explicitamente descrédito com projetos que visem mudanças para melhor. A citação “isso é desanimador” expressa o sentimento de impotência dos gestores de Divisão em meio ao cotidiano de trabalho na gestão, cuja experiência tem gerado desmotivação para continuar a exercer esta atividade. Diante disso, depositam uma centelha de esperança no futuro e em alguém que supõem que poderá mudar a situação ora colocada. O que evidencia descrédito com seu próprio potencial como sujeito político, que pode contribuir para a transformação da realidade ora analisada.

Segundo Campos (2007a, p. 130), “[...] quem trabalha com gestão precisa de uma qualificação para compreender, suportar e interagir com os dramas intersubjetivos no palco grupal”. Portanto, a função de gestor implica em lidar com os acontecimentos adversos no processo da gestão, que podem causar vários tipos de sentimentos no gestor.

Como gestor você é frustrado o tempo todo! (G07).

E eu gestora, vou chorar com quem? Às vezes eu, pessoa, não tenho com quem chorar porque eu tenho que escutar o outro. Nem tudo eu posso falar, pois às vezes é uma questão que eu deveria compartilhar com alguém maior pra ver se tem alguma resolução. Mas aí eu fico pra mim. Eu vou guardando pra mim, vou guardando pra mim, guardando

pra mim. Ai tem dia que eu extravaso, hoje mesmo eu estou estressada (G08).

Pelos depoimentos percebemos que os gestores de Divisão expressam um sentimento, como se eles estivessem impossibilitados de compartilhar os entraves inerentes a gestão da Divisão com a Diretoria deste HUF. E ao afirmar que tem “de escutar o outro”, referem-se aos servidores pelos quais respondem e que os procuram para expressarem sua experiência de trabalho, e para cobrarem respostas de solicitações feitas aos gestores. Os depoimentos demonstram que o trabalho fragmentado na gestão gera desgaste para o trabalhador-gestor. Isto evidencia a necessidade de espaços coletivos para compartilharem as dificuldades e para tomada de decisões em relação ao funcionamento do hospital; tendo em vista otimizar o trabalho na gestão, a fim de assegurar mais agilidade no atendimento das demandas.

Existem também demandas das chefias da Divisão para a Direção do hospital, algumas são atendidas outras não. A chefia de Divisão não é cargo que autoriza o empenho de custo, de gasto (G04).

Quanto a obter respostas das solicitações feitas pelos gestores de Divisão à Direção do hospital, os depoimentos apresentados traduzem morosidade. Isso significa disparidade entre os tramites administrativos/burocráticos e as necessidades dos usuários, ao qual o HUCAM se propôs atender.

Aqui importa aclarar o processo de aquisição de materiais/insumos. O chefe de Serviço ou o gestor de Divisão deve formalizar o pedido de compras e encaminhá-lo ao seu respectivo Departamento. O qual por sua vez o remete ao Diretor do Departamento Financeiro, pois a autorização do empenho de custo de qualquer compra tem sido feita por este, após certificar a existência de recursos com a Divisão de Contabilidade e Finanças. Após ter sido deliberado o empenho o processo segue para a Divisão de Material e Patrimônio, a quem cabe a responsabilidade de elaborar e publicar o edital de licitação. Entre a solicitação do material pelo gestor de Divisão, passando pelo sinuoso trâmite burocrático aqui descrito, até a entrega do material ao Serviço de patrimônio demora no mínimo sessenta dias, mas freqüentemente demora mais do que este prazo. Isto retrata o tramite administrativo para a aquisição de insumos indispensáveis ao funcionamento deste HUF. Tendo em vista que cabe ao Diretor

financeiro deliberar sobre a aquisição de bens, mediante a existência de recursos financeiros, portanto o gestor de Divisão não tem poder decisório sobre a aquisição de material. Algumas solicitações não são autorizadas para empenho por falta de recursos financeiros, principalmente recursos de capital para compra de bens permanentes.

No serviço público as solicitações de materiais, de pessoal e prestação de serviços, entre outros, têm sido feitas por meio de memorandos - registrados no sistema de protocolo da UFES. Se por um lado é mais seguro escrever, por outro, as respostas podem demorar até doze meses.

Muito tempo. Às vezes três meses, às vezes um ano. Já teve memorando de um ano. Quando o negócio apertou em nível de processo administrativo disciplinar retornou pra mim, depois de um ano. Então às vezes a gente fica refém disso. A gente faz o memorando no intuito de informar, porque segundo o que me foi passado quando eu respondi esse processo disciplinar eu tenho que informar minha instância superior. De certa forma não é que vai me isentar da culpa, porque pra eles até que se prove o contrário você é culpado. Não é que você é inocente. Mas a sua gestão superior está sabendo (G08).

A demora para obtenção da resposta não deve-se somente ao fato de ter feito a solicitação por meio de memorando, mas, sim a outros fatores, como: não existência de recursos financeiros para aquela finalidade, burocracia administrativa, entre outras possíveis justificativas. E para o gestor de Divisão isto gera descrédito com a resolubilidade das demandas que lhe são colocadas pelos Serviços e, por sua vez remetidas a Direção do hospital. O gestor de Divisão, para suprir as necessidades dos Serviços, depende da resposta aos memorandos por ele emitidos. Contudo, para os sujeitos deste estudo, este documento protocolado, além de uma ferramenta de trabalho na gestão, também pode servir como um documento a ser utilizado para lhe respaldar administrativamente e juridicamente, mesmo que sem resposta por parte da Diretoria.

É através de memorandos. Não adianta falar. Tudo é por escrito. Palavras voam ao vento! Tem que ser tudo por escrito porque se não a responsabilidade acaba caindo nas costas do chefe da Divisão. Sendo que às vezes a coisa é maior do que simplesmente a governabilidade dele (G08).

Segundo os sujeitos desta pesquisa, diante das necessidades emergentes nesta instituição, a demora em obter respostas por parte da Diretoria, implica em muita dificuldade para os gestores de Divisão, e para os profissionais da saúde desenvolverem as suas atividades. Por exemplo: ao não ser realizada uma cirurgia que estava agendada, por falta de bisturi ou fio cirúrgico, isto acaba por gerar conflitos entre as necessidades do usuário e o que é disponibilizado pela instituição. Desse modo, os gestores têm sido responsabilizados pelas questões que tencionam o cotidiano deste HUF. Importa ressaltar ainda que o memorando trata-se de uma ferramenta a serviço da transparência pública, mas que não agiliza as demandas, ou seja, ele contribui para aumentar a morosidade nos HUF's.

Muita dificuldade. Muita. Porque as necessidades não são atendidas devido às limitações do hospital e da Direção. E a velocidade com que se decidem as coisas aqui e, a velocidade com que se executam as coisas aqui é desestimulante para qualquer trabalho (G04).

O depoimento faz referência ao ritmo de trabalho no HUCAM, cuja celeridade tem contribuído para o desinteresse do gestor em continuar nesta atividade. Para Sodré (2010, p.457)

O grande hospital traz consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro da grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos seqüenciais sem tempo de parada.

Percebe-se a adaptação de conceitos da organização do trabalho, aplicados à grande fábrica, na estruturação da instituição que tem por finalidade produzir atos de saúde. Os HUF's têm por finalidade principal exercer o ensino, realizar pesquisas relacionadas à vida humana e produzir serviços assistenciais a saúde. É manifesto que este tríplice desígnio torna a experiência na gestão ainda mais desafiadora.

Dentro de um hospital universitário tem o ensino da Graduação e da Pós-Graduação (residência médica)⁸¹ e a assistência, assim a complexidade é maior ainda (G10).

⁸¹ O HUCAM desde 2010 também comporta a Residência Multiprofissional em Saúde. A princípio participaram o Serviço Social, Farmácia, Enfermagem, Odontologia e Nutrição, mas o MS propôs inserir outros cursos.

A compreensão da finalidade do HUCAM e a responsabilidade com a vida humana retratam a preocupação dos sujeitos desta pesquisa; em um contexto de limitados equipamentos hospitalares.

Esse hospital é um hospital de referência terciária. São casos complexos e pacientes graves. Então muitas vezes a gente trabalha na enfermaria no limite. No limite! Paciente que tinha que estar na UTI encontra-se na enfermaria. O que aumenta o tempo de ocupação de leitos e aumenta a taxa de óbito hospitalar, porque o paciente ao invés de ficar na enfermaria teria que estar na UTI. Tem uma série de coisas (G04).

A palavra no limite, repetida várias vezes, caracteriza o sucateamento do hospital no que diz respeito a equipamentos hospitalares quebrados e sem reposição imediata, falta de, ou inadequado espaço físico para isolamento de pacientes em fase de precaução de contato. Enfermarias repletas, cujos usuários encontram-se ali para ter supridas as suas necessidades em saúde, respaldados pelo direito adquirido constitucionalmente em 1988. Além disso, os gestores e profissionais de saúde lidam com insuficiência de vagas para internação dos pacientes na unidade de tratamento intensivo (UTI). Caso isto não seja feito incorre em outras conseqüências como: aumento do tempo de permanência e, tendo em vista a complexidade dos casos, em geral, o tempo de internação do paciente tem sido longo - pode levar semanas, meses e até anos, pior ainda, pode acarretar aumento no número de óbitos.

A gente sempre trabalha no limite. Na questão de pessoal, na questão de recursos técnicos é sempre no limite! Têm períodos em que você tem tudo no hospital funcionando. Curtos períodos. Ai inesperadamente quebra o tomógrafo. Daí a gente fica com os pacientes internados com tempo mais longo porque precisa fazer a tomografia fora do HUCAM e para isso precisa de autorização (G04).

Os depoimentos expressam à incerteza da continuidade do ensino, da pesquisa e da assistência a vida humana, no HUCAM. Neste contexto, colocar o hospital para funcionar “[...] envolve a luta contra a morte em suas várias dimensões: morte do hospital, morte da população, morte dos funcionários, implicando um contato com sua própria morte e a do outro” (AZEVEDO; FERNANDES; CARRETEIRO, 2007, p.2418). As autoras evidenciam a árdua tarefa dos gestores para manter um hospital público em funcionamento. Portanto, “[...] Um hospital onde faltam medicamentos básicos, onde existem problemas de esterilização, onde os pacientes são colocados até mesmo em

cadeiras, torna-se um espaço de violência, de impotência, de imenso desamparo” (idem) para gestores, demais trabalhadores e os usuários dos serviços ofertados.

Identificamos semelhanças entre os dados apresentados pelas autoras com os depoimentos dos gestores de Divisão do HUCAM; onde os limitados equipamentos e estrutura física, e a insuficiente de pessoal toma contornos de uma luta contra a precariedade e contra a morte deste hospital, ou seja, o fechamento do HUCAM. Os sujeitos deste estudo ressaltaram a falta de perspectiva de melhoria das condições de trabalho e para a realização de concurso público para suprir o déficit de servidores. Este déficit resulta de pelo menos dois fatores: em virtude de aposentadorias - sem reposição dos inativos - e devido ao aumento quantitativo dos serviços prestados.

Devido também o número de servidores que reduziu, pois muitos servidores se aposentaram. O hospital cresceu e reduziu o número de servidores. A verdade é essa! (G06).

Existe uma deficiência de cerca de 700 servidores de enfermagem. O número de funcionários da enfermagem precisa ser muito maior do que é hoje (G05).

A insuficiência de pessoal, mais expressiva na categoria de enfermagem, foi apontada pelos sujeitos deste estudo como uma questão para a qual eles não vêem resposta por parte dos dois Ministérios que utilizam este HUF.

Eu penso que nem o MEC e nem o MS estão preocupados com os HUF's. Todos os HUF's estão numa crise muito grande, todos estão vivendo essa mesma crise (G05).

Percebemos pelos depoimentos dos sujeitos deste estudo que o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais integrados ao SUS, conforme deliberado pelo Decreto Presidencial de Nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010), ainda não tem sido efetivado no HUCAM, principalmente no que tange a reestruturação do quadro de servidores. Desse modo, persiste uma conjuntura de deficiência nos HUF's, identificada há anos, cujas medidas preconizadas pelo governo federal ainda não resolveram a situação. A insuficiência de profissionais reverbera em desativar leitos. A alternativa apontada pelo Governo para a gestão desses hospitais

tem sido a EBSERH. Ao que parece espera um milagre, com a implantação dessa Empresa.

Quanto ao déficit de servidores no HUCAM, isso implica em dificuldades para elaboração das escalas de trabalho, especialmente para os Serviços que funcionam ininterruptamente como as atividade-fim: enfermagem, médicos e técnicos em radiologia e de laboratório; e também as atividade-meio: manutenção, recepção, lavanderia e internação, entre outros serviços de suporte. Para o funcionamento de um HUF, nas vinte e quatro horas do dia nos trezentos e sessenta e cinco dias do ano, requer a atuação de diferentes categorias profissionais, cujo “[...] número e a composição são definidos, dentre outros critérios, pelo tipo e complexidade do serviço prestado (MATTOS; PIRES, 2006, p. 511).

Importa ressaltar que no HUCAM a admissão de servidores depende da liberação de concurso público pelo governo federal. Enquanto isto não acontece, a experiência dos gestores de Divisão no HUCAM torna-se envolta em maiores desafios.

Mas em cima de mim, com esse baixo número de servidores, acarretou muita preocupação. Hoje eu sou uma pessoa que vai pra casa e são 24hs com o telefone ligado na cabeceira da minha cama. Então me chamam às vezes uma hora, duas, três horas da manhã e eu tenho que estar ali firme (G06).

A insuficiência de servidores estatutários é assunto recorrente nos depoimentos dos sujeitos deste estudo, e referem que lhes acarreta intensa preocupação, pois requer que compareçam ao HUCAM até mesmo fora de seu horário de trabalho⁸². Além disso, levou a um processo de contratação de pessoal via empresas terceirizadas e Fundação de apoio e, a cessão de servidores de outros órgãos públicos. Nessa busca de remediar a situação ora descrito, emerge outro agravante, que segundo os sujeitos deste estudo constitui como mais um problema para eles, isto é, gerir em um mesmo setor, trabalhadores de diferentes vínculos empregatícios.

A maior dificuldade é de pessoas porque os servidores da UFES foram se aposentando e não foram repostos pelo MEC. Então hoje nosso setor funciona praticamente com terceirizados por meio de convênio com a

⁸² Isto será aprofundado mais adiante neste capítulo

PMV⁸³. Eu tenho trabalhadores terceirizados da PMV, terceirizados da Express, terceirizados da SESA e, servidores da UFES. E eu tenho que gerenciar todas essas categorias no mesmo setor. **Imagine o problema!** É difícil por que os salários e as cargas horárias são diferentes. Eu tenho que ajustar isso tudo e agradar a todos; inclusive ao serviço. O salário da PMV é mais baixo do que o do Estado, sendo que as pessoas estão na mesma função, no mesmo cargo. Por exemplo, entre um técnico de enfermagem do Estado e um da FAHUCAM há divergência salarial. Então isso gera conflito e eu tenho que saber trabalhar isso muito bem (G07).

A inserção de várias empresas terceirizadas no HUCAM, além de gerar gastos de recursos de custeio que deveriam ser destinados a compra de insumos, também tem sido fator gerador de conflitos entre os trabalhadores. Ao emergirem os conflitos, o gestor de Divisão tem sido chamado para dirimi-los, pois como referido anteriormente deste ator espera-se que ele faça os Serviços funcionarem. De acordo com Cecílio (2005 p.508), “[...] na verdade, ‘lidar com conflitos’ é uma constante no cotidiano dos gerentes e da direção superior, em toda e qualquer organização”. Todavia, inferimos que a estratégia utilizada, a fim de suprir o déficit de servidores vinculados aos MEC/UFES no HUCAM, e que tem reverberado em muitos conflitos, traduz não somente a precarização dos vínculos trabalhistas, como também a inserção da lógica do mercado e uma paulatina privatização nos HUF’s.

De acordo com Draibe (1993), múltiplas são as formas de privatização no serviço público. A privatização assinala-se pela transferência de produção de bens e serviços públicos para o âmbito do setor privado lucrativo ou não-lucrativo, por exemplo, as associações de filantropia e organizações comunitárias ou mesmo as organizações não-governamentais. E “o financiamento público do consumo de serviços privados – através de contratação e terceirização [...]” (DRAIBE, 1993, p. 98). Além disso, existem ainda as formas de desregulação ou desregulamentação que permite a entrada de firmas privadas em setores antes monopolizadas pelo governo (STARR, 1989 apud BRAIBE, 1993, p. 98).

Neste sentido, instalam-se processos conflituosos: um no aspecto jurídico dos serviços públicos do Estado brasileiro devido às múltiplas formas de terceirização dos vínculos

⁸³ O significado das siglas foram descritas na tabela 01 capítulo um, no qual são apresentados os dados da composição do número de trabalhadores do HUCAM, com os respectivos vínculos trabalhistas.

trabalhistas, e o outro ocorre entre os trabalhadores. Neste caso, deve-se a diferença existente entre os direitos trabalhistas: remuneração, carga horária e outros benefícios. Questões que tem gerado desigualdades entre os trabalhadores da mesma categoria, inseridos em uma única instituição, por conseguinte interferindo no processo de trabalho.

O processo de trabalho e o mundo do trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção e os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, o modo de trabalhar configurando se em arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis (MACHADO, 2005, p.272).

De acordo com o autor, os conflitos decorrentes das diferenças nos vínculos empregatícios e das formas de remuneração contribuem para ambientes pouco saudáveis, neste sentido, interfere na saúde do trabalhador da saúde. Além disso, outro fator gerador de conflitos no HUCAM diz respeito à indicação de funcionários vinculados as empresas terceirizadas para ocupar a função de chefia de Serviços.

Em alguns Serviços, o chefe é terceirizado. Então tem aquele embate entre servidor da Universidade e terceirizado. Ainda existe isso no hospital muito forte: “terceirizado é terceirizado ele não manda em mim” (G08).

As chefias de Serviços vinculadas a empresas terceirizadas referidas neste depoimento são Administradores⁸⁴ que, desde 2007, têm sido contratados pelo HUCAM. Atualmente são nove Administradores, dos quais alguns foram indicados como chefias de Serviços. Os servidores ao invés de se reportarem a chefia de Serviço - neste caso o Administrador vinculado a empresa terceirizada - recorrem ao gestor de Divisão, tendo em vista que “desconsideram” aquele profissional como chefia instituída pelo HUCAM. Em síntese, a diversidade de vínculos trabalhistas tem dado mais evidencia aos conflitos nos processos de trabalho e a amplitude da terceirização e privatização deste HUF.

⁸⁴ Os Administradores são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e, os servidores da UFES pelo Regime Jurídico Único – Lei 8.812/90. Importa ressaltar que nossa crítica diz respeito à forma de contrato e não com relação ao trabalhador.

A seguir continuamos a mapear a experiência dos gestores intermediários do HUCAM. Identificamos que eles relacionaram a morosidade da gestão do HUCAM à burocracia e a legislação que regulamenta a aquisição de compras no serviço público. Para eles a legislação em vigor está ultrapassada e não condiz com a gestão de HUF's.

É o modelo de gestão que tá amarrado a uma legislação que eu acho que é anacrônica demais. Então a Direção do hospital, mesmo que ela queira ter agilidade, ela está amarrada a uma série de entraves burocráticos que ela tem que seguir (G04).

As dificuldades que emergem no processo de gestão do HUCAM são tanto de ordem intra-institucionais - setores do HUCAM/ UFES - e entre este órgão e o Governo Federal representado principalmente pelos Ministérios da Saúde e da Educação e, neste sentido, inclui as normas estabelecidas para controlar as relações dos homens em sociedade, entre elas as Leis.

É a burocracia. É uma coisa além da minha governabilidade. Depende de uma coisa maior! (G08).

A burocracia foi retratada nos depoimentos deste estudo como fator que restringe a agilidade da Direção deste HUF. De acordo com Motta (1997, p. 66) “[...] a burocracia é extremamente hierarquizada, constituindo em si mesma uma organização. As responsabilidades são fragmentadas ao infinito, de modo a evitar quaisquer acusações externas face ao seu mau funcionamento [...]”. A burocracia, para os gestores de Divisão do HUCAM, significa uma série de percalços, que resulta em lentidão, por vezes excessiva, para efetuar compras dos insumos hospitalares.

De acordo com Bittar (2002, p. 11),

o grau de autonomia conferido aos hospitais públicos da administração direta é extremamente limitado, fazendo com que a admissão, administração e demissão de pessoal seja um processo penoso, lento, com dificuldades na seleção e manutenção de bons profissionais; processos de compras são morosos, pouca agilidade nos pagamentos levando a um encarecimento do processo e do produto.

Para esse autor, o grau de autonomia dos hospitais públicos é limitado. O que repercute em morosidade na aquisição dos insumos, indispensáveis ao funcionamento desta instituição pública.

Toda compra de hospital público é feita referendada na legislação específica, a Lei 8.666/93 e seus derivados. O governo federal estabeleceu essa lei para dar mais transparência ao processo. Para não favorecermos um ou outro fornecedor. Por conta disso criou-se uma regra para que a gente pudesse comprar o material. Só pode comprar, em princípio, seguindo essa norma (G12).

Ao mesmo tempo a Lei que serve para dar transparência ao processo de compras e respaldar juridicamente a instituição e os servidores que efetuam os processos licitatórios, também pode acarretar morosidade na aquisição dos insumos em um contexto de trabalho que requer agilidade para atender as necessidades de saúde dos usuários, que por vezes encontram-se em uma situação limite.

É uma situação às vezes estressante porque a gente quer tentar agilizar o serviço. Agilizar as necessidades e às vezes você não consegue. Não por falta de empenho nosso, nem da Direção. É porque existe essa burocracia administrativa. E se o Diretor também pegar o recurso e mandar fazer o serviço ele pode ser processado. Ele tem que trabalhar sem se comprometer. Na realidade ele tem que seguir o que a Procuradoria Federal recomenda que é licitar mesmo pequenos serviços (G11).

Para os gestores prevalece o impasse entre o que determina a lei para a aquisição de materiais e insumos, e as necessidades emergentes dos usuários deste HUF.

As instancias decisórias que lidam com o que determina a lei ou os que fazem a lei **eles não têm esse alcance**. Quando são elaboradas, eles não estão pensando no paciente, ninguém se preocupa com o que vai acontecer com o paciente. A preocupação é somente com o gerenciamento. Quanto custa, como vai gastar e como vai fazer. Entendeu? Então quem elabora isso e obriga a direção a cumprir não tem como objetivo resolver o problema do paciente. Eles têm como objetivo garantir o gerenciamento, a aplicação do recurso. Então nós que temos que definir o que vamos fazer com o paciente (G04).

A sentença “eles não tem esse alcance” refere-se às instancias decisórias ou àqueles que elaboram as leis. Falta-lhes compreensão da realidade do trabalho em um hospital governamental. Diante da ausência ou insuficiência de tecnologias duras e leve duras⁸⁵, fica a cargo do trabalhador da saúde deste hospital de alta complexidade decidir o que, e como fazer com o usuário.

⁸⁵ Como defino por Merhy (2002b) como equipamentos e medicamentos, entre outros.

Nesta perspectiva, emergem duas principais implicações em ocupar a função de gestor em hospitais públicos, uma delas diz respeito à responsabilidade como a vida do usuário e, a outra, refere-se a si mesmo como trabalhador, sujeito ao cumprimento de determinados deveres estabelecidos em Lei quanto ao gasto dos recursos públicos, cujo não cumprimento reverbera em conseqüências administrativas e jurídicas para ele.

O HUCAM embora não tenha fins lucrativos todas as suas compras envolvem recursos financeiros e, neste sentido, torna-se obrigatório seguir rigorosamente a Lei 8.666/93 que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública. No serviço público federal são feitas auditorias da área contábil e as irregularidades encontradas são encaminhadas para sindicância que, por sua vez pode resultar em processo administrativo e, dependendo da infração o servidor pode até sofrer a penalidade de exoneração do seu cargo de origem. Nesse sentido, os entrevistados retratam a seriedade de lidar com o dinheiro público.

É uma pressão danada. A gente lidar com dinheiro, em torno de cem milhões/ano, que não é nosso. Hoje o Tribunal de Contas tanto da União quanto os Tribunais de Contas locais e, aqui também tem auditorias internas e externas que auditam isso periodicamente. Se do dinheiro foi feito empenho correto, se foi pago corretamente e onde foi aplicado. A gente tem muitas cobranças hoje. E cada vez está maior ainda essa cobrança, pois a gente lida com dinheiro que não é nosso. A cobrança é muito grande, a cobrança é estressante (G01).

Emergem nos depoimentos o dever do servidor público, neste caso, como gestor e como servidor, com relação aos recursos financeiros públicos.

Gastar dinheiro é muito bom, mas gastar dinheiro com responsabilidade é difícil. Eu corro o risco de perder meu emprego com uma coisa que eu escolhi fazer. Então eu tenho que fazer com muita responsabilidade (G12).

No serviço publico você pode ser processado, perder o emprego e ter de devolver o dinheiro. Então às vezes é melhor não assumir responsabilidades no serviço publico (G07).

Na estrutura discursiva dos sujeitos deste estudo, a preocupação é grande consigo mesmo como servidor e com o trabalho no hospital. Em suma, as Leis apresentam um paradigma estrutural-funcionalista, no qual importam: a regularidade e o gerenciamento.

Contudo, para Reis e Cecílio (2009), falta-lhes contemplar a compreensão do “micro” nas complexas organizações de Saúde.

De acordo com Cecílio (2002, p.304),

[...] a existência de tantas amarras burocrático-administrativas resultariam, afinal, em problemas tão graves tanto no suprimento como na manutenção, que tornaria quase impossível apostar em um projeto de qualificação da assistência prestada pelos hospitais governamentais [...].

Reconhecemos que existem dificultadores no processo de gestão dos HUF's advindos do nível macro, em especial quanto ao grau de autonomia para admissão de pessoal e limitados recursos financeiros, bem como internamente existem sinuosos percursos burocráticos para a aquisição de insumos hospitalares e bens permanentes.

Contudo, concordamos com Cecílio (2002, p.304) que

[...] a implementação de mecanismos gerenciais mais profissionalizados nas áreas de compra, almoxarifado e manutenção pode, com toda certeza, reduzir a níveis quase insignificantes problemas considerados “insolúveis” na tradição da administração pública – e utilizada como uma das justificativas para dizer que os hospitais governamentais não podem funcionar bem.

O autor destaca a importância de aperfeiçoar os mecanismos de gestão nas áreas que respondem pela aquisição, armazenamento e dispensação dos insumos e materiais dentro dos hospitais públicos. Apreendemos que no HUCAM, ao longo dos anos, os entraves burocráticos têm sido utilizados como justificativa para a morosidade na aquisição de insumos, ao invés de repensarem os processos de trabalho.

No que tange ao uso de ferramentas de gestão na Divisão do HUCAM identificamos ainda que prevalece uma visão que valoriza as tecnologias estruturadas.

Hoje como fazemos? Nós fazemos isso de uma maneira autoditada. Um conhece um pouco disso e outro daquilo, a gente trabalha de uma maneira muito amadora. Eu não tenho profissional me ajudando: ‘olha gestão se faz assim’. Você me perguntou como eu acompanho os Serviços. Eu respondi que eu acompanho com reuniões e com as atas. Eu deveria te responder o que? Eu tenho planilha. Eu não tenho esse recurso. Até porque não estamos trabalhando com gestão de qualidade. Acho que adoeceríamos menos, teríamos um processo de trabalho

melhor. As pessoas estariam mais tranquilas e mais felizes aqui dentro, se tivéssemos uma coisa fluindo. E para fluir tem que ter gestão de qualidade (G10).

A frase “as pessoas estariam mais tranquilas, mais felizes se tivéssemos uma coisa fluindo” retrata o desassossego dos trabalhadores, aqui incluído os gestores, devido aos percalços presentes nos processos de trabalho e na gestão deste hospital, e, traduz o anseio de atuar em uma instituição melhor organizada. Além disso, neste depoimento emergem duas questões relevantes. O gestor refere que faltam tecnologias de gestão e em virtude disso ele age de modo autodidata. Entendemos que isto lhe possibilita usar sua criatividade e inventar novos arranjos no seu processo de trabalho na gestão, fugindo da pura execução de métodos prescritos em manuais e cartilhas. E o outro fator diz respeito à necessidade de capacitação do gestor. Reconhecemos a importância e a necessidade disto, porém importa ressaltar que a falta de capacitação de gestores não tem sido um dificultador somente na gestão do HUCAM.

Para Teixeira e Paim (2007), dentre os obstáculos enfrentados no processo da Reforma Sanitária, um deles diz respeito à capacitação dos gestores, principalmente de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS como os hospitais e serviços de atenção básica. Cecílio (2002), Campos e Campos (2008), Feuerwerker e Cecílio (2009) evidenciam a necessidade de repensar a formação e a capacitação dos gestores de hospitais públicos, neste sentido, defendem o uso de mecanismos gerenciais que favoreçam a qualificação da gestão e a comunicação entre os atores dessas instituições.

Entendemos que a formação/capacitação do gestor de hospitais públicos não deve ser fundamentada no tecnicismo, mas deve contemplar o aspecto político do seu fazer. É imprescindível considerar o que o gestor faz, como o faz, em que contexto macro e micro a instituição na qual trabalha encontra-se inserido.

No cotidiano de trabalho, o gestor do HUCAM depara-se com limites diante dos quais acredita não ter resolutibilidade.

Se eu não consigo resolver quem sabe outra pessoa com a cabeça menos cansada, porque eu estou cansada. **Muito tempo nesta gestão.**

Eu me empenho muito para resolver as questões. Mas quando você se empenha e, apesar de todo o empenho você não consegue resolver, vem à frustração (G05).

O conteúdo dos depoimentos dos sujeitos deste estudo remete ao tempo decorrido no exercício da função de gestor de Divisão. Quanto a isto identificamos que seis entrevistados exercem a atividade na gestão entre cinco a dez anos, quatro deles atuam entre dois a quatro anos e somente três deles estão na função a menos de dois anos, conforme quadro de nº 02, capítulo primeiro. Importa ressaltar que embora o gestor empenhe grande esforço para realizar o trabalho na gestão, isto não significa que ele alcançará a resolução de todas as demandas.

Muitas vezes a gente se sente incompetente. Tentando fazer e não consegue. Ai se sente culpado (G08).

Percebemos que os sujeitos deste estudo, ao não alcançarem a resolubilidade das questões organizacionais, emerge neles um sentimento de culpabilização.

Eu só espero que esse hospital um dia mude. Eu ainda tenho 20 anos de serviço aqui. E que os próximos gestores não se frustrem tanto quanto eu (G07).

Percebemos que os gestores de Divisão tomam para si, de modo individual, o que diz respeito à instituição, ao coletivo, ao público, ao Estado. Por conseguinte, isto gera desmotivação. Do total de entrevistados, pelos menos quatro afirmaram que, por várias vezes tentaram deixar a atribuição de gestor.

Então todo final de dezembro eu chego para a Direção com documento oficial, protocolado. Eu sou chefe só até janeiro porque eu fecho e entrego o ano, e daí assume outro. Ai vem os diretores “não, por favor fique. Aguenta mais uns dois ou três meses porque eu vou arrumar alguém”. Ai não arruma ninguém e eu fico com pena do Hospital das clínicas e vou esticando, vou esticando e vou ficando (G01).

Quando a solicitação de sair da função de gestor de Divisão chegou às mãos dos Diretores do hospital, por resposta, foi feito um pedido, que eles continuassem na função por mais alguns meses, que se transformaram em anos.

Eu tenho seis anos que sou o chefe da Divisão. Tem três anos que eu tento abandonar a chefia (G01).

Eu já coloquei o cargo a disposição umas três vezes (G07).

Em fevereiro eu tive uma decepção grande. Quer dizer foi diminuindo meu tempo de dedicação, em fevereiro tive a ousadia de pedir para sair. Ai a administração chegou para mim e disse: “que isso, fica aí”. E eu fiquei (G12).

A expressão “eu tive uma decepção grande” retrata que a experiência na gestão é complexa, e, por vezes provoca sentimentos que os levam a pensar em desistir de continuar na função. Percebemos que o pedido de permanência na função, feita por parte da Diretoria do hospital, tem sido acatada pelos gestores de Divisão.

Eu estou tentando sair da divisão já por varias vezes. Não tem quem queira assumir porque tem todos esses problemas e não são problemas inerentes a minha pessoa, outros gestores já passaram por esta Divisão. Fizemos melhoras? Fizemos. Cada um fez um pouquinho. Mas pro hospital que não conhece não fizemos diferença nenhuma (G08).

A sentença “tem todos esses problemas” refere-se às dificuldades para gerir uma Divisão, em um contexto de entraves burocráticos e, conflitos de interesses explícitos e implícitos. Destacaram ainda, que responder como gestor pelo servidor público trata-se de uma difícil tarefa. Entre os motivos alegados para sair da função estão as várias questões que tencionam o cotidiano de trabalho na gestão, e o não reconhecimento da instituição para com o trabalho deles. Outrossim, diz respeito ao insignificante valor da gratificação⁸⁶ se comparado a responsabilidade inerente a função e, até mesmo os gastos para cuidar de sua saúde devido aos impactos causados pelo trabalho na gestão.

Mas é aquela verdade, R\$ 200,00 não paga, eu falo assim, os remédios pra dor de cabeça que eu gasto por ser chefe de Divisão (G01).

Eu acho que primeiro porque não existe nenhum incentivo financeiro para isso. Você até perde. Eu perdi o adicional de insalubridade⁸⁷ porque entrei como chefe de Divisão. Como estou chefe de Divisão

⁸⁶ Gratificação equivalente a R\$ 218,00 pago ao servidor por exercer a função de gestor de Divisão no HUCAM. Os coordenadores de Serviços e Núcleos não recebem gratificação.

⁸⁷ Deixar de receber o adicional de insalubridade, como citado por pelo menos quatro dos entrevistados, implica em não somente deixar de receber um valor financeiro superior ao da gratificação de gestor como também interrompe a contagem de tempo para aposentadoria especial. E uma vez que, alguns deles continuam fazendo assistência, pela legislação trabalhista eles têm o direito ao citado adicional. Mas ao assumir a função de gestor automaticamente o Departamento de Recursos Humanos concede a gratificação e exclui o adicional de insalubridade; embora continuem a desempenhar atividades do seu cargo de origem.

entende-se que eu vou deixar de ser médico. Mas isso não é verdade. A remuneração de chefe de Divisão eu acho que é R\$ 150,00, um negócio assim. Uma mixaria de R\$ 214,00 (G09).

Observa-se que os gestores não souberam dizer com exatidão o valor da gratificação. Para eles, este parece ser um valor irrisório que não lhes causa motivação financeira. Contudo, embora os gestores intermediários verbalizem a intenção de deixar a gestão, eles ainda não o fizeram. Ao continuarem nesta função, ainda que verbalizem insatisfação e intenção de deixá-la há anos, entendemos que a permanência deles na gestão tem algum sentido prazeroso para eles, e não deve-se somente a insistência dos Diretores deste HUF.

Importa ressaltar que não existe impedimento legal para deixar a função de gestor, porque como servidores estatutários eles podem retomar ou continuar⁸⁸ somente no seu cargo de origem. E quanto ao que subjaz a intenção de deixar a função de gestor não parece ser motivado pelo tempo decorrido, mas entendemos estar relacionado à dinâmica do trabalho na gestão deste HUF que, lhes causa certo incômodo e, por conseguinte os leva a pensarem em sair deste cenário impreciso e conflituoso. Apreendemos que no cotidiano de trabalho na gestão do HUCAM emergem várias situações, as quais ofuscam a percepção dos sujeitos deste estudo em relação às possibilidades de mudanças para melhor do seu processo de trabalho.

A experiência na gestão evidenciou que no cotidiano de trabalho do gestor de Divisão, sobressaiu o ato de ‘apagar incêndio’, ou seja, tentar resolver os problemas de forma pontual, ao invés de manter um espaço de negociação permanente para tomada de decisões, para pensar em providências *a priori*. Em síntese, os sujeitos deste estudo relataram que fazem: supervisão, coordenação, monitoramento e a integração dos Serviços. Para tanto, realizam reuniões, participam em colegiados gestores,⁸⁹ administram conflitos e elaboram escalas de trabalho.

Em suma, a experiência de trabalho dos sujeitos deste estudo, contam parte de uma ampla história que ocorre neste HUF. Os depoimentos aqui apresentados retratam uma

⁸⁸ Seis deles acumulam o cargo de origem com a função de gestor.

⁸⁹ Pelo menos dois entrevistados relataram participar de colegiados gestores nos Serviços referentes as suas Divisões.

instituição com muitas deficiências tanto na estrutura física como organizacional. Entendemos que o trabalho do gestor de Divisão do HUCAM traduz as possibilidades colocadas pela instituição (organograma e organização do trabalho, cultura, macro-política e etc.) em conjunto com o imaginário de cada gestor.

Enfim, considerando que a organização do trabalho é modificada como resultado do avanço técnico-científico das forças produtivas e, estas modificam também a relação do homem no trabalho e com o trabalho, no próximo item importa compreender a organização do trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM, no atual contexto.

4.2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho é um ato produtivo, que modifica um objeto e produz um produto com valor de uso. Essa atividade humana requer uma organização. No contexto hospitalar, o modo de produção requer a contribuição de diversos trabalhadores, isso significa interdependência.

Neste estudo, tornou-se necessário compreender a organização do trabalho dos gestores do HUCAM. Para tanto, procuramos identificar se têm sido realizadas reuniões ordinárias entre a Diretoria do hospital e os gestores de Divisão, e destes com os chefes de Serviços; e se houvessem, qual a periodicidade e quais os assuntos abordados.

Não tem reuniões agendadas com os gestores das Divisões. As reuniões com as chefias de Divisão são reuniões pontuais, quando surge uma necessidade, seja ela das mais diversas áreas. Então quando o Diretor precisa da minha presença eu sou informada. Mas um agendamento de reuniões de forma sistematizada não existe. E no meu entender deveria existir. Seria o correto no meu entender ter reuniões agendadas. Reuniões de maneira sistematizada. Uma frequência que poderia ser acordada (G10).

Identificamos que ao invés de reuniões ordinárias, são realizadas reuniões extraordinárias, a fim de tratar os problemas emergentes. O que demonstra um modelo de gestão fundamentado em decisões pontuais.

Acho que no hospital falta mensalmente reunião com os setores. Infelizmente o hospital não tem isso. Isso é uma desestruturação muito grande que tem neste hospital (G01).

Na estrutura discursiva dos sujeitos deste estudo foram reiteradas, várias vezes, a necessidade de existirem reuniões sistematizadas e com periodicidade mensal entre os gestores de Divisões, chefias de Serviços e a Diretoria do hospital. Os entrevistados traduziram a inexistência das reuniões ordinárias como “uma desestruturação muito grande” do HUCAM. Entendemos que a inexistência de reuniões ordinárias deve-se a pouca importância atribuída aos espaços permanentes de negociação coletiva. No entanto, o HUCAM dispõe de outro recurso, ou seja, na Direção do hospital existe uma ‘porta aberta’.

Lá existe dito uma porta aberta, para quando você precisar você vem e conversa comigo. **Por outro lado essa porta aberta dificulta** um pouco porque se eu tivesse reunião toda semana ou todo mês eu iria anotando toda a minha demanda. E quando tivesse uma coisa muito grave eu diria aconteceu isto assim, eu preciso ter uma reunião extraordinária com você. Se não vou lá para apagar incêndio (G12).

A tal ‘porta aberta’ diz respeito ao modo de receber os gestores de Divisão na Direção do HUCAM, em cuja recepção existe uma recepcionista que, por sua vez, os encaminha a uma das secretárias, a qual pergunta se eles preferem agendar uma reunião, ou, se tratar de uma questão cuja resolução não pode ser adiada, pois neste caso tenta-se conversar no mesmo dia com os Diretores. Entendemos que o recurso ‘porta aberta’ tem sido importante à medida que os Diretores recebem os gestores de Divisão para tratar de assuntos emergentes, ainda que o encontro não tenha sido previamente agendado.

Contudo, como espaço de decisões entre os gestores de Divisão e Diretores, a ‘porta aberta’ perpetua uma prática de gestão fundamentada no imprevisto e fragmentada. O que significa tomada de decisões com base no que acontece em ato, em detrimento de metas e objetivos previamente estabelecidos. Isto explica, pelo menos em parte, a

seguinte frase: “preciso de uma resposta urgente” – dita pelos gestores de Divisão e chefias de Serviços ao se dirigirem aos Diretores do hospital. Entendemos que o recurso “porta aberta” sobrecarrega a agenda da Diretoria, e perpetua o imediatismo na gestão, sem dedicar tempo à reflexão crítica e construtiva. Em suma, não provoca significativas mudanças para melhor.

Depende do que está acontecendo. As demandas emergentes, falta de material, abertura de novos leitos. Geralmente é alguma situação que está emergindo então à medida que os problemas vão surgindo são reunidas as pessoas (G05).

Ai se tenta resolver assim. Só paliativo (G08).

Entendemos que essa prática do provisório na gestão explica, em parte, a abundância de problemas que comparecem nas agendas dos Diretores do HUCAM.

Pelo menos uma vez por semana eu subo para a Direção. Até porque como é um setor muito agudo. **Então a gente fica apagando incêndio.** Tem muita demanda toda semana; pelo menos uma ou duas vezes por semana conversamos com o Diretor clínico e ou Diretor Superintendente para buscarmos ajuda (G07).

Percebemos que com frequência semanal os gestores de Divisão recorrem aos Diretores do HUCAM, tendo em vista que os assuntos a serem tratados dizem respeito ao ensino e à assistência a saúde e, requerem respostas a contento, pois lidam com vidas humanas, em geral, numa fase debilitada. Às segundas feiras os Diretores realizam reuniões entre eles para tratar de temas inerentes a gestão deste HUF. Entretanto, ainda que não tenham reuniões ordinárias com os gestores de Divisão, dependendo do assunto estes são convidados a participarem da reunião com a Diretoria.

A falta de pessoal eu volto a falar, porque temos setores com leitos fechados nos andares, e a deficiência desses outros setores que dão suporte. Por exemplo, a radiologia. Hoje temos uma máquina de ultrassom fantástica. Mas somente é feito ultrassom as segundas feiras à tarde porque não tem médico para fazer ultrassom todos os dias. Às vezes chega ao cúmulo de esperar de sexta até na segunda para fazer a ultrassom o que aumenta a permanência do paciente. E isso implica em prejuízo para o paciente e gera mais gastos para a instituição (G07).

Percebemos que prevalece nos depoimentos dos entrevistados referência à insuficiência de pessoal, e as implicações para a instituição e para o usuário desse HUF; bem como, os conflitos de interesses entre ensino e assistência. Dos quais destaca-se o gerenciamento interno dos leitos.

É o gerenciamento interno dos leitos que o Diretor do hospital não consegue fazer. Não consegue (G07).

Evidencia-se que o gerenciamento interno dos leitos tornou-se um problema que tenciona a gestão deste HUF. A transferência interna de pacientes de uma clínica para outra depende da permissão dos “responsáveis” pelos leitos. Ao longo dos anos, os docentes têm tomado para si a atribuição de gerenciar os leitos, ou seja, de decidir quem vai ou não ser internado. Apreendemos que isso tem dificultado ou mesmo impedido o remanejamento interno de pacientes dentro do próprio hospital. Por exemplo, se o paciente estiver internado na Unidade de Emergência e precisar ser transferido para a enfermaria de Clínica Cirúrgica, a fim de dar continuidade ao tratamento, raramente acontece a transferência, devido aos conflitos de interesses quanto ao uso dos leitos. Para Cecílio (2002), no hospital o poder localiza-se nas áreas assistenciais. Entretanto, inferimos que quanto ao gerenciamento dos leitos nos HUF's, o poder encontra-se na esfera do ensino em detrimento da assistência.

No HUCAM, além dos conflitos de interesse entre ensino e assistência, identificamos ainda uma relação conflituosa entre os diferentes níveis hierárquicos. Para os sujeitos deste estudo, existe uma relação de cobrança e determinação do nível hierárquico superior para com os subordinados quanto ao que deve ser feito e como deve ser feito, por vezes desconsiderando a realidade do trabalho e cerceando a autonomia dos servidores.

Às vezes eu digo estou entre a cruz e a caldeirinha! Não posso puxar nem pra um lado nem pro outro, porque às vezes os dois têm razão. E intermediar isso é extremamente estressante porque às vezes tem uma cobrança de que “eu quero que faça e faça!”. E eu vejo a realidade do servidor que é totalmente diferente. Não é a realidade do gestor maior (G08).

O conteúdo dos depoimentos dos gestores traduz a cobrança⁹⁰ da Diretoria para com a Divisão, os Serviços e os servidores. Também foi ressaltado que da parte da Diretoria do hospital - aqui referido como gestor maior - deveria ter mais aproximação com as Divisões e os Serviços.

O gestor maior tinha que descer primeiro e ver a realidade. Como você trabalha? Como está o seu trabalho hoje? Passar um dia no setor, uma manha, 10 minutos, uma hora, pra ver como o serviço caminha. Não ouvir às vezes o 'rádio corredor' ou um servidor que vá lá reclamar. Eu acho que a gestão tem que ser isso, você estando junto ali pra ver como o serviço funciona. Primeiro teria que ver e depois criticar! Mas acontece o contrário "primeiro eu critico e depois eu vou ver". Ou já acaba com o trabalho todinho que você está tentando caminhar "porque eu acho que assim é melhor". Então hoje isso é muito complicado (G08).

A palavra descer aqui traduz a localização da Diretoria na estrutura física do hospital, localizada no segundo andar do prédio. Contudo, também remete ao modelo piramidal da organização do trabalho, logo, a Diretoria deveria descer no sentido hierárquico. Descer para conhecer *in loco* o trabalho e as dificuldades enfrentadas pelo chefe de Serviço, os gestores de Divisão e os demais trabalhadores. Isto foi considerado imprescindível para que haja uma melhor compreensão dos fatos, a fim de evitar interpretações equivocadas. Igualmente, foi referido que uma determinação do que a Diretoria do HUCAM exige que seja feito, pode interferir no andamento das atividades dos trabalhadores, dentre eles os gestores de Divisão.

Além disso, identificamos outro fator de conflito. Trata-se da relação entre chefias de Serviços, gestores de Divisão e Diretoria do hospital, os quais nem sempre acatam a hierarquia definida no Regimento Interno do HUCAM. Aqueles nem sempre se reportam ao gestor de Divisão e, por sua vez, a Diretoria da instituição nem sempre inclui o gestor de Divisão nas decisões a serem tomadas com relação aos Serviços.

Aqui existe uma prática em que as pessoas vão direto a Direção do hospital. É uma coisa muito provinciana. Não existe um comportamento aqui de hierarquia. Não tem! Então muitas demandas dos Serviços são levadas direto a Direção do hospital. Às vezes, o Diretor me chama para conversar, às vezes, ele decide, eu fico sabendo depois (G04).

⁹⁰ Isso ficou mais evidente para com os serviços de apoio.

Este depoimento diz respeito à hierarquia instituída neste HUF cujos trabalhadores nem sempre se subordinam aos gestores e Diretores. De acordo com o organograma, os chefes de Serviços deveriam reportar-se aos gestores de Divisão, que por sua vez representariam as demandas à Diretoria do hospital⁹¹. E, em conjunto - Diretoria e gestores de Divisão - tomariam as decisões, todavia, na prática, isto nem sempre tem sido assim.

Se tem reuniões é pra discutir problemas pontuais. Deu problema em alguma coisa? Então chama a gente pra resolver. Em alguns momentos não chama não. Tomam a decisão lá em cima e desce. Isso acaba deixando a gente meio chateada com as coisas. Vontade de largar tudo e ir embora (G08).

A organização do trabalho verticaliza legítima o uso do poder de mando de uns sobre os outros. A organização do trabalho define como será o processo decisório dentro de uma instituição. A não inclusão dos gestores de Divisão na tomada de decisões foi assinalada como uma condição que lhes provoca descontentamento.

Decidem-se as coisas. Chamam as pessoas quando a bomba estoura, aí lembra-se de chamar o chefe de Serviço ou a Diretoria de Divisão. Isso dá um estresse danado porque a gente fica alheio ao que está acontecendo e não é porque a gente quer, **é porque de certa forma a gente foi cortado do processo**. Aí quando começa a estourar querem que você entre no processo pra dar uma resolução (G08).

Percebemos que os gestores de Divisão muitas vezes têm sido omitidos do processo decisório nos assuntos que dizem respeito aos Serviços de sua Divisão e do HUCAM como um todo. Porém, em circunstâncias adversas os gestores de Divisão são convocados e, deles espera-se que contribuam para a resolução dos problemas emergentes.

Por causa de uma cultura existente que faz com que as coisas sejam assim. Então a gente só é chamado pela Direção em algumas situações em que eles acham que precisam envolver mais a chefia da Divisão. Mas muitas decisões são tomadas e comunicadas (G04).

Para os sujeitos deste estudo, ao a Direção decidir e comunicar as decisões, isso deve-se a cultura existente no HUCAM. Entendemos que esse modo de agir caracteriza uma

⁹¹ Conforme proposto no Regimento Interno do HUCAM (2010).

gestão que valoriza os tramites burocráticos, em detrimento de proporcionar a participação e a negociação coletiva do trabalho em saúde. Percebemos que, por vezes, o trabalhador-gestor tem sido ignorado e excluído do processo decisório, outras vezes, dele é exigido respostas para questões relativas aos Serviços inerentes a sua Divisão.

Segundo Campos (2007, p.86), “[...] ao não reconhecer que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas, verifica-se, com frequência, tendência a se reproduzirem formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e de usuários das organizações”.

Percebemos que a estrutura discursiva dos sujeitos deste estudo traduz situações conflituosas nas relações hierárquicas, em decorrência da organização do trabalho deste HUF.

Como dizem por aí, “passa por cima mesmo”. Então se passa por cima, passa por cima por quê? Por que não reconhece a autoridade ou por que acha que não vai resolver? Ou acha que a pessoa lá vai resolver melhor do que eu. Não há respeito! (G12).

Entendemos que ao instituir chefias intermediárias, neste caso os gestores de Divisão do HUCAM, sedimenta desenhos e configurações na organização do trabalho do HUCAM adaptados dos clássicos modelos de Administração, particularmente do fordismo e do fayolismo. Contudo, de acordo com os sujeitos deste estudo, neste HUF, os trabalhadores, dentre eles encontram-se as chefias de Serviços, por vezes, não se subordinam ao gestor de Divisão⁹².

Segundo Mattos e Pires (2006),

A instituição hospitalar coloca-se como um amplo campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados com grande autonomia de trabalho, **os quais não se subordinam às chefias superiores ou a uma Direção, como no clássico modelo taylorista/fordista** (MATTOS; PIRES, 2006 p. 511, grifo nosso).

⁹² De acordo com o Regimento Interno do HUCAM, os chefes de Serviços devem remeter-se ao gestor de Divisão.

Evidencia-se mais uma vez que o modelo taylorista/fordista e fayolista não condiz com a organização do trabalho de hospitais públicos.

Ainda persistindo o alvo de aclarar a organização do trabalho do HUCAM, perguntamos no decorrer das entrevistas se os gestores de Divisões realizarem mensalmente reuniões⁹³ com os chefes de Serviços, como definido no Regimento Interno e, se assim o fizessem quais seriam os assuntos abordados.

Mensalmente eu tenho uma reunião na qual a gente põe em pauta todos os problemas que estão acontecendo e tentamos encontrar uma solução para isso. Fora mensalmente, se ainda acontecer alguma coisa mais grave aí temos uma reunião esporádica. Mas mensalmente eu faço reunião para passar nova rotina (G01).

As Divisões que englobam os Serviços de apoio tratam de assuntos relacionados a questões financeiras, compra de materiais, fornecimento de roupas, transporte, manutenção da área física e elétrica, impressão de material gráfico, entre outros. Esses serviços são indispensáveis para a realização das atividades-fim.

Aqui pelo menos uma vez por mês a gente faz uma reunião com a equipe. Tem também o colegiado gestor. Praticamente toda semana eu tenho uma reunião com os chefes de Serviço (G11).

Tem o colegiado gestor que se reúne de quinze em quinze dias e eu participo dessas reuniões. Então eu tenho uma idéia de como as coisas estão ocorrendo nos Serviços (G10).

Do total de entrevistados: cinco gestores realizam reuniões com freqüência quinzenal ou mensal, três deles afirmaram que nunca realizaram reuniões com os Serviços, e os demais as realizam de forma descontínua. E os assuntos abordados são diversos.

Os assuntos são de trabalho. Como os setores estão funcionando. Questão de equipamentos, questão das rotinas e protocolos, e as implementações que nós queremos fazer (G05).

Quanto às reuniões com os Serviços vinculados as Divisões que respondem pelas atividades de ensino e assistência, os assuntos mais abordados são referentes a protocolos clínicos e rotinas de serviço, acolhimento do paciente, discussão do

⁹³ No Regimento Interno do HUCAM afirma que compete ao gestor de Divisão realizar uma reunião mensal com os chefes de Serviços.

insucesso em alguma conduta médica, uso de equipamento médico hospitalar e a organização da escala de férias dos servidores, tendo em vista adequar o cumprimento dos plantões.

Os problemas presentes e futuros. Por exemplo, escalas de médicos plantonistas, pois um vai entrar de férias e outro está de atestado. Às vezes um insucesso numa conduta, um óbito fetal. Temos que discutir por que houve o óbito. Tentar fazer uma retrospectiva do caso (G11).

Percebemos que os assuntos referem-se ao estado clínico dos pacientes, mas também abarcam as condições de trabalho dos profissionais que laboram nos Serviços do HUCAM.

São inúmeros. Vinculados a todo o processo de trabalho. Desde problemas relacionados à assistência a saúde a problemas de infraestrutura do hospital. **Atualmente uma dificuldade muito grande é a de recursos humanos para tocar áreas que estão paradas. Leitos que não estão sendo utilizados por falta de equipamentos e recursos humanos.** Então a gente tem discutido bastante a organização interna das nossas rotinas de serviço. O acolhimento e o fluxo desse paciente no serviço. Tem o protocolo clínico que é do médico e têm as rotinas de serviço que envolve as outras áreas. Então tudo isso a gente aborda nessas nossas conversas. Nessas nossas reuniões (G10)

Neste depoimento evidencia-se o constante esforço para manter o HUCAM em funcionamento. Tanto devido à precária estrutura física, hidráulica e elétrica, como devido à insuficiência de profissionais⁹⁴ e de equipamentos médicos hospitalares, que leva ao fechamento de leitos; bem como quanto a buscar soluções para os problemas emergentes. E ainda há um empenho, por parte dos gestores e demais trabalhadores, que visa melhorar a qualidade do serviço prestado ao usuário.

Ainda no que tange a organização do trabalho, buscamos identificar se entre os treze gestores de Divisões em exercício foram realizadas reuniões.

Não. Todas juntas? Não. Que eu me lembre não. A Direção já fez reuniões com as chefias de Divisão, mas não sei se todas juntas (G05).

⁹⁴ Devido à gravidade da situação, no dia dois de abril de 2012 - data da transmissão do cargo de Reitor da UFES - ocorreu manifestação pública de servidores técnicos administrativos, estudantes e docentes a fim de reivindicarem a admissão de trabalhadores para este HUF.

Não. Eu nunca participei de reunião com diretores de Divisão, nunca. Meu contato com todas elas ocorre no dia a dia (G06).

Ao ser feita a pergunta, se foram realizadas reuniões entre os gestores de Divisão, observamos que as respostas dos sujeitos deste estudo denotavam não somente desconhecimento, mas por parte de alguns deles também houve estranheza.

Não. Nunca vi junto. Na prática não acontecem reuniões. Nunca vi. E tem quatro anos que eu sou gestor (G07).

Não. Não, não, não existe isso! (G10).

Não existem. Não existem! (G04).

O formato do organograma do HUCAM cria barreira na comunicação entre os vários corpos profissionais e dificulta a visibilidade do hospital como um todo, por conseguinte restringe a interdependência entre os gestores.

É aquilo que eu falei pra você. Isto falta ainda. Essa política de interligação dos gestores no intuito de resolver problemas afins, problemas em comum. Nós temos um problema sério na manutenção das casas. Por exemplo: **eu não sei nem quem é o chefe, Diretor de Manutenção**. Quer dizer, talvez se eu tivesse uma proximidade com ele, resolveria muito mais problemas de manutenção das casas. Porque essas casas foram produzidas como casas de campanha da época. Isso aqui foi um **ambulatório provisório**. E tem 40 anos funcionando (G09).

O desconhecimento de quem é o gestor de determinada Divisão retrata a pouca (ou inexistência de) interação do trabalho desses atores. Isso dificulta a organização do processo de trabalho dos gestores, neste sentido, acarreta morosidade para gerir os fluxos de materiais e insumos, e ainda deixa de promover a integração das diversas especialidades do corpo clínico. Além disso, novamente foi citada a palavra provisório, neste exemplo, utilizada para caracterizar a estrutura física dos ambulatórios (também denominados de casas) utilizados para aulas práticas, assistência, e pesquisas em diversas especialidades das Ciências da Saúde. Estes ambulatórios apresentam deficiências na infra-estrutura física, hidráulica e elétrica. O que tem gerado descontentamento por parte dos servidores que ali laboram cujos conflitos têm sido levados até aos gestores do hospital, e alguns servidores têm comparecido ao NASTH demandando atendimento médico em virtude de sintomas possivelmente relacionados

ao ambiente de trabalho. Embora a reivindicação de melhoria das casas tenha sido feita há anos, a situação ainda não foi resolvida.

Devido à inexistência de uma política de negociação permanente, evidencia-se que entre os sujeitos deste estudo existe uma relação informal para tratar de assuntos inerentes a gestão.

Funciona tudo na base do favor (G04).

Não há essa interação entre Divisões. Não há interação entre setores. Na verdade eu só fui convocado na Direção para apagar incêndio, estava acontecendo um problema de auditoria (G12).

Não trabalham em conjunto. Não tem nada em conjunto. Até porque os objetivos são muito diferentes. Faria sentido até ter reuniões entre as Divisões de assistência médica e de enfermagem, talvez. Para assuntos de atendimento aos pacientes, e tal, fluxos dentro do hospital e etc. Isto poderia, mas também não existe (G04).

Os conteúdos dos depoimentos demonstram inexistência de reuniões entre os treze gestores de Divisões, nem mesmo entre aquelas que respondem pelas várias especialidades da medicina e de enfermagem. Entendemos que a falta de integração entre chefes de Serviços, gestores de Divisão e Diretores do hospital também perpetua a fragmentação das práticas de cuidados em saúde. Isto remete ao que foi construído no âmbito da saúde pública. Para Sodré (2010, p.457),

a especialidade técnica na saúde pública criou equipes que não interagem. São profissionais compartimentalizados, como se a vida fosse à junção de conhecimentos sobre pedaços do corpo humano. O “fordismo modernizador” proporcionou ao campo da saúde uma formação maciça de profissionais que tratam a vida como partes contidas em um todo. A estrutura administrativa centralizada do grande hospital, proporcionou a criação de um modelo de saúde-fábrica.

A divisão parcelar do trabalho, que a princípio foi pensada para as grandes fábricas, com o tempo adentrou e prepondera no hospital público. Entendemos que esse modelo de saúde fábrica dentro dos HUF's dificulta a integração entre o ensino, a pesquisa e a assistência, por conseguinte reproduz uma formação profissional fragmentada.

Os sujeitos desta pesquisa criticaram a falta de negociação e planejamento conjunto entre as Divisões. Reconheceram que dependem uns dos outros, entretanto ao invés de dialogarem esperam que a Direção do hospital faça isto por eles.

Nunca vi! Grande problema que já critiquei muito, nunca teve uma reunião. Se acontecer um problema sério que envolve o setor aí a gente liga pra eles. Eles falam tem que fazer assim, assim, assim. E daí faz com atropelos e erros. Coisa erradíssima, teria que ter reuniões (G01).

Os depoimentos revelam que os gestores das Divisões somente conversam formalmente quando surge uma questão complexa, a qual eles necessitam esclarecer. Neste caso, as reuniões extraordinárias são convocadas pela Diretoria e realizadas com as Divisões e os Serviços responsáveis por aquela determinada demanda.

Só conversa quando está com problema. No qual o colega de lá tem algum problema e ele quer jogar a culpa em alguém, aí se conversa. Aliás, se discute! **Tenta achar um culpado.** Não se junta para poder resolver o problema não, tenta achar um culpado. O culpado é o setor tal, setor x, y, o culpado e o beltrano e sicrano. Então tenta se achar o culpado, e não a resolução do problema (G08).

Evidencia-se que as reuniões ao invés de serem fundamentas em diálogos sobre o trabalho na gestão, tornam-se uma arena de cobranças e acusações entre gestores. Importa ressaltar que a organização do trabalho pautada na hierarquia, no controle e na disciplina constitui a tríade privilegiada da Administração Científica. O que contribui para

[...] transformar o cenário no qual o trabalho se realiza num espaço de produção de alienação, onde cada um faz exatamente o que lhe mandam, não estimulando a criatividade e não havendo interação ou mesmo interesse com o que se passa com o coletivo das ações e com os trabalhadores que se submetem e são submetidos a esse processo (LIMA, 2001, p. 74).

Enquanto não houver comprometimento com o coletivo das ações, perpetua-se a inexistência de negociações e pactuações entre os diversos atores do HUCAM. Os sujeitos deste estudo reconhecem que os serviços teriam mais qualidade e o usuário seria melhor atendido se tivesse mais integração entre as Divisões e os Serviços do HUCAM. No entanto, admitem que formalmente isto ainda não tem ocorrido.

A gente é muito dependente dos outros serviços. Depende do centro cirúrgico para arrumar uma sala; dependemos do funcionamento do aparelho de Raio X e do tomógrafo, do laboratório. E às vezes não tem essa parceria toda. Às vezes os Serviços olham só para o umbigo e não ajudam o hospital em si (G07).

A frase “a gente é muito dependente dos outros serviços” assinala que no contexto hospitalar torna-se necessário a trocas de saberes e o comprometimento com o coletivo das ações. Segundo Merhy e Franco (2006, p. 431), os trabalhadores de saúde dependem uns dos outros. “[...] o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo”. E quando isto não ocorre prevalece à fragmentação do trabalho e, por conseguinte afeta o trabalhador e o usuário dos serviços, uma vez que “[...] não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’” (MERHY; FRANCO, 2006, p. 430).

Esses autores afirmam que em serviços de saúde existe interdependência entre os profissionais, pois é necessário ocorrer o intercâmbio de suas caixas de ferramentas, assim, os diferentes serviços complementam-se e produzem os atos de saúde. Contudo, Cecílio (2002, p.312) afirma que “[...] é muito forte a tendência de os funcionários públicos trabalharem voltados para o seu próprio umbigo”. No cotidiano do trabalho na gestão identificamos semelhanças entre o que este autor pontua e os depoimentos dos sujeitos deste estudo.

Outro aspecto importante a considerar trata-se do poder decisório dos sujeitos desta pesquisa.

Sobre o processo de trabalho em termos de organização da Divisão relacionado à rotina de serviço, as rotinas médicas, eu tenho autonomia junto aos meus colegas de trabalho, médicos, professores e o restante da equipe. Nós temos poder de decidir. Existe essa autonomia dentro da Divisão. **Algumas coisas eu posso resolver dentro da Divisão. E isso que eu posso resolver tem a ver como a organização do processo de trabalho dentro da Divisão.** E o que está fora da minha alçada basicamente tem a ver com a infraestrutura do hospital e recursos humanos. E aí, eu não tenho como fazer pagamentos eu não posso ordenar despesas. Então se vejo que o ar condicionado deu problemas o máximo que eu posso fazer é comunicar. Eu posso

solicitar, mas eu dependo de pagamento aí entra em outro setor do hospital. Então é limitado (G10).

Deste depoimento apreendemos que o poder decisório dos gestores de Divisão é limitado. Eles referem ter autonomia com respeito às mudanças no processo de trabalho dentro da Divisão, contudo tratando-se de aquisição de recursos materiais e admissão de trabalhadores o máximo que podem fazer é solicitá-los à Direção do hospital.

Eu não decido nada. Não é uma coisa assim que eu mando fazer. Eu peço e fica a critério da Direção fazer, não fazer ou quando fazer (G04).

Os gestores explicaram que o seu pedido estará sujeito a uma avaliação por parte da Diretoria do hospital - tendo em vista as regras legais para fazer empenho, antes de efetuar alguma compra no serviço público. Isto demonstra o limitado poder decisório dos gestores de Divisão para atender as solicitações dos Serviços relacionadas à infraestrutura física, equipamentos, contratação de pessoal, compra de bens duráveis e insumos⁹⁵.

Eu não sou autorizador de despesas. Então tudo que eu precisar para a Divisão que implique em alguma despesa depende da Direção do hospital. Tudo que eu precisar. Precisar de funcionário, de médico, de deslocar qualquer pessoa, tudo depende da Direção do hospital. **Então esse cargo ele não tem nenhum poder decisório é apenas comunicação de coisas. Quase que uma coisa intermediária.** E algumas vezes o que a gente faz é definir. Assim, no meu caso, se está precisando de reforma em tal lugar eu vou e peço, precisa comprar cama eu vou e peço. Entendeu? Mas eu peço. Eu não decido nada! (G04).

Reconhecemos que a maioria das decisões está centralizada na Diretoria do HUCAM. De acordo com Campos (1978), a hierarquia administrativa do hospital moderno significa a centralização do poder no alto comando desta instituição. Para o autor, embora seja permitido o estabelecimento de chefias intermediárias, suas ações, devem estar subordinadas à autoridade superior. Contudo, entendemos que o papel do gestor de Divisão vai além de somente comunicar coisas, pois isso gera ruídos na gestão. Ele

⁹⁵ Por bens duráveis entende-se: cadeiras, camas, mesas, equipamentos médicos hospitalares, entre outros; por insumos entende-se: medicamentos, seringas, luvas, gases, e etc.

foi designado para colaborar com a gestão do HUCAM, portanto deve contribuir para a construção de outras lógicas de organização do trabalho, especialmente dentro da Divisão, tendo em vista a relativa autonomia dos trabalhadores da saúde quanto ao seu processo de trabalho.

Os sujeitos deste estudo referiram que determinadas questões não dependem dos gestores do HUCAM, mas da macro-política do Estado brasileiro.

Você decide, mas não adianta você decidir por uma coisa que você não consegue. Você sabe o que é o melhor, mas não consegue suprir. Por mais boa vontade que o gestor tenha ele não consegue resolver. Muitas coisas não dependem dele. **Depende da política, depende basicamente da política.** Da Dilma Russeff abrir concurso público. E, do entendimento da importância deste HU para o Estado. Será que o Governo do Estado sabe e dá a devida importância a esse hospital? (G05).

Os sujeitos deste estudo entendem que o Governo do Estado do Espírito Santo deveria contribuir mais com o HUCAM, tendo em vista sua importância para o ES. O depoimento igualmente demonstra que os dois Ministérios que utilizam este HUF não têm cumprido a contento o dever de supri-lo com número de servidores compatível com a complexidade da oferta de serviços. Entendemos que existe uma relação conflituosa entre o MS e o MEC quanto ao dever de responderem pelo ensino e a assistência, pois nem um dos dois Ministérios tem assumido a responsabilidade de suprir a deficiência do número de servidores dos HUF's. Além disso, fatores internos da instituição interferem no poder decisório dos gestores de Divisão, pois internamente, também não têm sido feito pactuações.

Muito pouco. Primeiro eu dependo de outros setores que são gerenciados por outras pessoas e que não são submetidos a mim. Já tentamos negociar, mas o problema são os interesses particulares que tem aqui (G07).

O conteúdo do depoimento ora apresentado remete aos conflitos de interesses dentro do próprio hospital, percebemos que comparecem os interesses individuais. Como decisões são atos de poder, neste sentido, na prática, ao conduzir o destino de organizações e de pessoas, na maioria das vezes, esse processo tem sido marcado por conflitos de interesses. Entendemos que cabe aos atores deste HUF a atividade de

fomentar novos arranjos na organização do trabalho, para melhor atender as necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros.

Outro fator importante a ser destacado na organização do trabalho dos sujeitos deste estudo, diz respeito ao tempo para dedicarem-se ao trabalho na gestão de Divisão.

Essa atividade de chefia é completamente desorganizada porque eu não tenho horário disponível para a chefia. Todas as minhas atividades eu continuo desempenhando e as da chefia. Então as da chefia nunca têm um horário especificado, não tem uma organização. Eu trabalho de acordo com o que me vem de demanda e tento resolver. A instituição não tem como, pois não tem ninguém que me substitua no cargo de origem (G04).

Do total de sujeitos entrevistados: cinco deles são docentes que atuam também como gestores de Divisão, assim, dedicam-se tanto a docência como a gestão; dois deles são médicos e dividem a carga horária entre assistência e gestão; e cinco deles atuam como gestores, dentre os quais três atuam como fiscais de contrato⁹⁶.

Então eu falo por mim, mas acredito que com os outros chefes de Divisões também seja assim. O chefe de Divisão não consegue exercer só o cargo de gestor porque não tem professor suficiente para cobrir aqueles que se dedicam a gestão. Seja do Departamento, da Divisão ou da chefia de Serviço. Para deixar de fazer assistência e Ensino teríamos que ter muito mais professores. Então a gente não está ausente da prática (G10).

Os gestores referem exercer mais de uma função, informalmente dividem a carga horária entre as atribuições do ensino e da gestão.

Eu tenho aqui uma função de professor e de médico. Parte da minha carga horária de médico é reservada para a função administrativa a outra parte eu continuo ainda fazendo ambulatório com os residentes (G11).

O gestor refere que, em geral, ele trabalha além da carga horária estabelecida devido às atividades que devem ser realizadas.

⁹⁶ São responsáveis por fiscalizar os contratos de serviços, por exemplo: conferir toda a prestação de contas e do cartão de ponto dos trabalhadores da empresa Express. E isto demanda bastante tempo do fiscal porque deve analisar todas as notas fiscais dos pagamentos feitos e verificar o cartão de ponto dos quase trezentos trabalhadores dessa empresa. Tal atribuição é designada pelo Diretor Superintendente por meio de Portaria e, no serviço público o servidor somente poderá renunciar a indicação de modo formalizado e devidamente justificado. No HUCAM existem vários contratos, entre eles: de manutenção do maquinário da lavanderia, de manutenção das bombas d'água, de fornecimento de tecidos e etc.

Como chefe de Divisão você não consegue cumprir a sua carga horária, não tem jeito. Como chefe de Divisão você está sempre esticando um pouquinho mais porque tem sempre serviço a mais (G01).

Eu fico além da minha carga horária. Todos fazem 6hs, eu não faço seis horas, eu faço além das seis horas. Mesmo assim ainda fica trabalho. Você não consegue resolver todos os problemas. Primeiro que os problemas não acabam. Você vai para casa e ainda te ligam em casa. Já me ligaram meia noite, uma hora da manhã dizendo que não tem enfermeiro (G05).

Pelos depoimentos percebemos que a maioria deles atua fora do seu expediente de trabalho e, contribuem para isto o uso de telefone móvel ou fixo.

A Divisão tem algumas peculiaridades, uma delas é não ter hora. Funciona 24hs, sete dias por semana. Por exemplo: se no domingo faltou um plantonista liga para gente, faltou endoscopia de urgência, deu algum problema no tomógrafo ligam para gente. Pelo menos umas três vezes por semana (G07).

Por exemplo: dizer que a partir de 12:30h vou almoçar e a partir de então não sou mais gestora, agora não sou chefe de Divisão, isso é impossível! Sou gestora de uma Divisão que funciona vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana. Ininterrupto. Tem plantão acontecendo diariamente, 24hs por dia. É uma Divisão como as demais Divisões clínicas que funcionam 24hs por dia (G10).

Os gestores de Divisões clínicas e também as de apoio que funcionam ininterruptamente, referem que podem ser acionados em qualquer horário e em qualquer dia da semana. Evidencia-se que o tempo de trabalho não se diferencia do tempo da vida, portanto os gestores de hospitais podem ser acionados para trabalhar em qualquer momento.

Nossa! Muitas e muitas vezes já trabalhei além do meu horário. Muitas e muitas vezes. Dá 18h horas e eu vou para casa, mas a qualquer momento o hospital vai ligar pra mim, se houver um problema com a parte elétrica, na verdade eu não fico isento de vir aqui (G06).

Dos entrevistados a maioria deles relatou dedicar-se ao trabalho na gestão para além da carga horária, seja permanecendo no local de trabalho, seja devido a possibilidade de ser acionado pelo telefone a qualquer das 24 horas do dia, e até mesmo comparecer ao HUCAM fora do dia de trabalho para fazer plantão. Ou devido à impossibilidade de “desligar-se” do trabalho, embora esteja em seu período de folga.

Entendemos que a atuação do gestor, para além do seu horário de trabalho, mostra-se como fruto da responsabilidade e da ética com o HUCAM, e não como obsessão pela excelência, ou por querer ganhar mais dinheiro⁹⁷. Contudo, envolver-se com o trabalho no período de folga pode acarretar implicações para a vida pessoal do trabalhador-gestor.

Eu ficava além do meu horário, mas agora eu estou me policiando para eu resolver no período que estou dentro do hospital. Porque além do meu horário eu levava pra dentro de casa número de telefone para ligar. Então o meu lado profissional já ia atrapalhando o meu lado pessoal. Então teve muita cobrança da família. Então eu tenho que me policiar pra evitar esses exageros. Ontem não teve jeito porque teve um problema sério no HUCAM (G08).

Aqui destacamos que o gestor ao levar atividades do trabalho para dentro do seu domicílio provoca a interferência do trabalho na vida pessoal e familiar. Além do acúmulo de funções e do tempo dedicado a gestão, procuramos também identificar se no desenvolvimento do seu trabalho eles exercem alguma atividade que não seja atribuição do gestor de Divisão.

Sou o Diretor da Divisão e coordenador de Serviços. Acumulo cargos (G01).

Identificamos alguns Serviços não tem chefia, cabendo ao gestor de Divisão responder por eles. Importa ressaltar que no HUCAM existem três Divisões e vários Serviços que encontravam-se sem gestores. Inferimos que isto denota a inexistência de servidores dispostos para atuar na gestão. Também identificamos outra atividade exercida que não corresponde a função de gestor.

Existe sim. Como eu sou médico muitas vezes eu também tenho que fazer assistência para reavaliar os pacientes e porque às vezes falta plantonista e eu tenho que substituí-lo. Essa é a parte menos danosa (G07).

Quando não existem profissionais suficientes para cobrir os plantões, os gestores têm assumido a assistência ao paciente, de acordo com o seu cargo de origem.

⁹⁷ O valor do salário não é alterado embora trabalhe além do expediente.

O que eu posso fazer? Às vezes já teve dia de eu vir para cá para assumir a assistência às 8h da noite em pleno domingo; eu tive de sair de casa e vir assumir a assistência. Não tinha de onde remanejar enfermeiro. Então esse é o papel da coordenação também. Se você não tem ninguém você tem que assumir (G05).

Além dos gestores assumirem o plantão na assistência ao paciente, identificamos também que deveria existir uma melhor definição das atribuições administrativas de algumas das Divisões.

Existe sim. Uma foi delegada e outra que era do senso comum. Serviço não competiria a minha Divisão comprar. Serviço de telefonia, de copeiro, de limpeza não competiria a minha Divisão comprar (G12).

A instituição ao requerer de determinada Divisão o cumprimento de certas atividades, esta julga não ser de sua responsabilidade fazê-lo. E o gestor admite descontentamento com a situação. As atribuições das Divisões e dos Serviços também deveriam ser negociadas com o coletivo de atores do HUCAM.

Os dados demonstraram uma organização do trabalho fundamentado em divisão de tarefas, a cada gestor cabe responder pelo desempenho de uma Divisão; separadas de acordo com as diferentes áreas, por exemplo: Divisão de Serviços Gerais, Divisão de Clínica Médica, Divisão de Manutenção, entre outras. A inexistência de negociação gera ruídos na comunicação e morosidade na resolução dos problemas, por conseguinte dificulta o desempenho do trabalho neste HUF. Importa assinalar que o nome divisão remete ao ato de dividir, separar (FERREIRA, 2010).

4.3 A COMBINAÇÃO ENTRE A SAÚDE E A GESTÃO: O 'TRABALHADOR GESTOR'

Visando compreender o trabalho na gestão e a relação com a saúde deste trabalhador, buscamos identificar se no exercício da função de gestor apresentou algum adoecimento que ele relacione com este trabalho.

Os sujeitos deste estudo relataram sintomas físicos e emocionais, que eles correlacionam com situações ocorridas no trabalho. Dentre outros, destacaram o

cansaço mental, associado ao cotidiano de trabalho, que lida com questões que tencionam a gestão do HUCAM, as quais lhes parecem insolúveis.

Sim, com certeza! É um cansaço mental tão grande que você se sente meio assim é como se você tivesse emburrecendo, entendeu? Você fica nesse vai e vem dos problemas que você não consegue emergir disso. Você pergunta será que sou eu que não estou conseguindo achar solução ou porque a solução não existe mesmo?! Tem hora que eu me sinto incapaz. Incompetente! (G05).

Diante dos problemas, para as quais eles não vêem resolubilidade, referem emergir neles um sentimento de incapacidade e incompetência. Para os entrevistados quando “as coisas não funcionam” - essa frase remete, entre outros fatores, a morosidade dos processos de licitação de insumos que passam de mesa em mesa e, dependem de assinaturas e mais assinaturas, para enfim se concretizarem em compras de insumos – lhes gera estresse⁹⁸. E em uma das entrevistas realizadas, que durou 59 minutos, a palavra estresse foi citada 14 vezes; e foi associada a diferentes situações ocorridas na gestão.

Gera certo estresse. Gera estresse quando a gente quer ver a coisa funcionando, mas as coisas não funcionam. A gente quer fazer a coisa melhorar dentro daquilo que a gente acredita: dos princípios que a gente acredita como a ética, o princípio moral, os princípios básicos de honestidade, os princípios do ser humano. A gente quer dar o direito a quem precisa. Simplesmente atender com qualidade, fazer com zelo (G12).

Pelos depoimentos dos entrevistados percebemos referência a obstáculos para desenvolver o trabalho, que requer agilidade, tendo em vista a urgência para atender as necessidades humanas em saúde. Os sujeitos deste estudo referem que esse impasse lhes tem gerado sofrimento. No discurso, os gestores entrevistados associaram o estresse ao trabalho na gestão.

Ah, tem sim, tem o estresse. Você vai pra casa pensando no problema aí fica com dor de cabeça. Quando eu fico tenso eu fico com muita dor na articulação porque minha arcada dentária é meio fora do lugar. Ai eu

⁹⁸“Até o século XVII, o termo *stress* era utilizado na literatura inglesa esporadicamente com o significado de aflição e adversidade. A partir daí, aparece pela primeira vez o uso da palavra *stress* para denotar o complexo fenômeno de tensão-angústia-desconforto tão característico da sociedade” (LIPP, 2003). Segundo a autora o Brasil encontra-se entre os países líderes em pesquisas nesta área.

começo a sentir dor que não acaba. Estresse com certeza. Eu vou pra casa preocupado porque eu sei que amanhã eu tenho que fazer aquele monte de coisas que hoje eu não consegui fazer. Então com isso sempre me desencadeia dor de cabeça (G01).

De acordo com Lipp (2003, p.20),

o *stress* excessivo é capaz de produzir um número grande de conseqüências para o indivíduo em si, para sua família, a empresa para a qual trabalha e a comunidade onde vive. No âmbito psicológico e emocional do ser humano, o stress excessivo produz cansaço mental, dificuldade para concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional. A produtividade sofre quedas e a criatividade fica prejudicada [...].

Para a autora, o estresse é um processo e não uma única reação, cujos efeitos podem afetam a vida pessoal e a saúde do trabalhador. Quanto aos depoimentos dos sujeitos deste estudo foi possível identificar que o trabalho na gestão de Divisão tem tido influência na sua vida.

Emocionalmente afeta muito. O emocional afeta a parte física também. Então é estressante e acaba gerando dor de cabeça, dores nas costas. Voltei a sentir dores nas costas. Mas eu falei não vou dar atenção porque quando começa ficar estressado, a musculatura começa a travar. E eu falei não quero ficar doente não. Não quero adoecer porque não vale à pena (G 08).

O trabalhador-gestor resiste ao sofrimento e refere que não quer adoecer porque segundo ele isto “não vale à pena”. De acordo com Dejours (1994), o trabalhador cria mecanismos de defesa para enfrentar as dificuldades presentes no trabalho, a fim de evitar o sofrimento e o adoecimento.

Os sujeitos deste estudo relataram ainda situações ocorridas no cotidiano do trabalho na gestão, devido a uma urgente busca por soluções, que por vezes estão além do seu poder decisório, e que produz efeitos na sua saúde.

Nos últimos tempos eu tive problema sim! Eu tive problema. Então eu tive que ir ao médico. Você vai para casa e você fica super preocupado. Você não sabe o que passei outro dia aqui! Eu estava tentando ligar para a empresa responsável pela energia elétrica, pois o hospital estava há duas horas e meia no gerador e já era 21:30h, e era um domingo. O gerador estava com pouco óleo. E eu ligando para a empresa e ninguém me atendia, só caia na gravação. Tinha chovido muito no sul do estado. E eu desesperado liguei para o corpo de bombeiros. Então isso ai acarretou uma aflição muito grande em cima de mim. Gerou um

desconforto muito grande com essa preocupação. Eu estou achando que isso me trouxe transtornos. Me trouxe transtornos! Eu até fui ao médico há pouco tempo e ainda estou com problema, tenho que voltar ao médico. Não sei se é diabetes, dizem que é ansiedade, preocupação. Eu fico muito estressado. Entendeu?! Meu telefone toca toda hora. Toda hora esse telefone toca no meu bolso. Toda hora tem um problema! (G06).

A estrutura discursiva do depoimento retrata uma situação ocorrida em um dia de domingo, no qual o hospital estava sem energia elétrica e o gerador da instituição com pouco óleo, e funcionando há cerca de duas horas e meia. A empresa responsável pelo fornecimento de energia elétrica não atendia aos telefonemas do gestor de Divisão e, nesse processo de tentar uma solução e deparar-se com muitos obstáculos, resolveu também recorrer ao Corpo de Bombeiros. Percebemos que a excessiva preocupação em contribuir para manter o funcionamento do HUCAM, resulta em desconforto emocional para o gestor de Divisão.

A pressão por respostas para as demandas que emergem no HUCAM, em contraste com os recursos existentes, torna-se fonte de sofrimento para os gestores de Divisão. Evidencia-se uma forte pressão para tomada de decisões, uma vez que os profissionais precisam dar respostas às demandas emergentes, quer seja na assistência ou nos serviços de apoio ao hospital. Aqui, evidencia-se que, muitas vezes, os recursos materiais e decisórios, necessários para o gestor de Divisão realizar o seu trabalho, estão além do seu alcance. Entendemos que nisto consiste, um dos fatores de incerteza e de desgaste deste trabalhador-gestor em relação ao trabalho na gestão.

No estudo realizado por Azevedo (2005), foram identificados dados semelhantes entre os Diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, pois foi evidenciado um ritmo intenso de trabalho na gestão em contraposição os limites do processo decisório e dos recursos existentes naqueles hospitais, tendo resultado em sofrimento para aqueles Diretores.

No Brasil, uma pesquisa realizada com chefias intermediárias de um hospital geral público, de direito privado, universitário, de grande porte e alta complexidade, os resultados demonstraram que “[...] a função de chefia mostra-se carregada de tensões,

a começar pela tomada de decisão. O que deveria ser corriqueiro, pela constancia, revela-se às chefias como uma fonte de incertezas” (WEBER; GRISCI, 2010, p. 64).

O cotidiano das chefias intermediárias caracteriza-se como um trabalho imaterial, através do qual ‘o jeito de cada um’ torna-se instrumento de trabalho, que deve ser moldado pelas determinações e linhas de força contingenciadas pelo hospital [...] (WEBER; GRISCI, 2010, p. 67).

O cotidiano de trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM tem sido permeado pela tensão do contexto hospitalar, por conseguinte emerge incerteza no trabalhador-gestor.

Eu chego ao hospital não sabendo direito o que eu vou enfrentar, o que eu vou ver. Então eu já chego estressada. **É raro o dia que eu chego ao hospital sem já estar estressada, vindo pelo trânsito já pensando, o que aconteceu e o que não aconteceu?** Já chegou ao ponto de eu procurar tratamento psicológico, não aqui no (NASTH), mas particular. De eu sair do HUCAM e não lembrar o caminho que eu fiz até o outro serviço. Se eu prestei atenção no trânsito ou não prestei atenção no trânsito não sei. O risco de eu sofrer um acidente era muito grande, eu não lembrava, eu só lembrava que eu cheguei ao outro serviço. O percurso eu não lembrava, se eu freei, se não freei, se eu vi o sinal, se eu não vi, eu acho que eu vi; porque até hoje eu não levei multa nenhuma. Mas eu não lembro (G08).

Nos depoimentos os gestores descrevem um sentimento de insegurança ao pensarem a respeito das possíveis demandas que podem encontrar ao chegar ao seu local de trabalho. Identificamos que o gestor teve a necessidade de procurar atendimento com um psicólogo, tendo em vista que apresentou esquecimento, a ponto de dirigir seu carro sem lembrar-se como o conduziu.

De acordo com Merlo (2011, p.369), “a saúde mental dos trabalhadores pode ser afetada por inúmeros fatores, tais como a exposição a agentes tóxicos, políticas de gestão de pessoas e das estruturas das empresas, até aspectos relacionados à organização do trabalho”. O autor ressalta que nos últimos vinte anos múltiplas abordagens e métodos foram criados para estudar a relação entre trabalho e saúde mental, contudo ainda existe uma importante lacuna nesta área. Evidencia-se nos depoimentos dos sujeitos deste estudo, que a saúde do gestor tem sido afetada em decorrência da Organização do trabalho.

Os gestores entrevistados descreveram a manifestação de tristeza, ansiedade, esquecimento e desmotivação enquanto atuam na função de gestor de Divisão.

Sim, reflete em alguma coisa. Às vezes eu tenho dor no estomago e dor de cabeça. **Muitas vezes vontade de não vir trabalhar. Pensando o que vou encontrar no trabalho. Eu não consigo resolver isso, gera muita angustia, desânimo tem hora.** Mas como eu sou uma pessoa que não costuma pular do barco, eu não costumo desanimar fácil. Mas eu estou querendo sair da Divisão. Não estou conseguindo mais ficar aqui, eu sinto que estou adoecendo com isso (G05).

Os gestores relataram sentir desânimo – que se manifesta em vontade de às vezes não sair de casa e de não comparecerem ao seu local de trabalho. Percebemos que a sensação de não conseguirem resolver os problemas no trabalho tem gerado desgaste para o gestor, isto o tem levado a querer deixar esta função.

Então chegou um momento na Divisão que eu travei. A musculatura travou toda e, eu não conseguia andar por causa da tensão (G08).

Os entrevistados descreveram que em decorrência do seu trabalho na gestão de Divisão do HUCAM seus corpos – que inclui a dimensão física e psíquica – expressam sintomas como: cefaléia, lombalgia, dor de estomago, aumento da pressão arterial, enrijecimento da musculatura e tristeza.

Sim, como te falei, estou há 04 anos na divisão e isso vai frustrando a gente, e aí com certeza emocionalmente vai alterando a gente. Eu já tinha pressão alta. Mas eu tive que aumentar a dose de anti-hipertensivo. Eu tive que aumentar a dose, por isso pratico esporte (corrida) (G07).

Relaciono a pressão alta com o nível de estresse (G02).

Quando eu vou pra casa e tenho dor de cabeça, dor nas articulações foi alguma coisa que aconteceu no trabalho (G01).

Pela estrutura discursiva dos sujeitos deste estudo sobressai o relato de sintomas como: cansaço mental, esquecimento e cefaléia, os quais foram associados a fatos ocorridos no trabalho. Todavia, não afirmaram que isto caracteriza um adoecimento.

Não. Não, não, felizmente não. Não adoeci, graças a Deus! (G10).

Na verdade não sei se posso dizer que é um adoecimento, mas é um desgaste muito grande (G05).

Hoje eu não apresento nenhuma patologia, pelo menos por enquanto, porque em um ano de chefia ainda não deu para apresentar uma patologia referente a isso. Mas antes de eu assumir eu fazia atividades físicas regulares, depois que eu assumi a tensão de fazer a coisa funcionar foi tão grande que não vislumbrei mais fazer atividade física (G12).

Percebemos uma referência contundente dos efeitos do trabalho na vida dos sujeitos deste estudo. Contudo, para estes atores, além do sofrimento que o trabalho possa causar, também existe a possibilidade de realização e satisfação no trabalho de gestor.

Se isso vai causar algum dia adoecimento eu não posso prever. Mas eu acho que as pessoas quando trabalham no que gostam não deve fazer mal a saúde. Eu acho que faz até bem. Eu me sinto bem fazendo esta função, eu gosto, eu tenho um bom relacionamento com os médicos, eu não atribuo que isso atrapalha a minha saúde. Talvez essa situação de estresse fosse gerar, mas tem as gratificações também. Eu acho que eu tenho perfil para fazer isso. Eu faço o que eu gosto de fazer (G11).

O sujeito do estudo destaca um sentimento de prazer ao exercer a função de gestor. A gratificação aqui referida diz respeito a sua atuação em um HUF, o que significa a realização de um sonho acalentado desde os tempos de estudante no mesmo hospital. O depoimento remete a questão da identificação do trabalhador com o trabalho que realiza, o que produz um sentido de realização satisfatória.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho tem sido percebido como importante objeto de pesquisa, particularmente tomado como elemento fundamental para a análise e compreensão dos modos de produção no contexto do SUS. Ao analisarmos o processo de trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM, objetivamos também compreender a saúde do trabalhador-gestor.

Neste estudo, o trabalho foi entendido como uma importante atividade humana, dotada de capacidade para produzir bens que servem para suprir as necessidades dos homens, e também como uma atividade prático-concreta, que opera mudanças no sujeito, na subjetividade dos trabalhadores. O trabalho permite descobrir novas habilidades e qualidades humanas e construir sentidos. As relações estabelecidas no trabalho transformam os próprios trabalhadores, porque o ato do trabalho mexe com a forma de pensar e de agir dos seres humanos, molda seus sonhos e seus interesses, enfim, modela sua existência (IAMAMOTO, 2005; MARX, 2008).

Apreendemos que o processo de trabalho dos gestores de Divisão do HUCAM tem sido moldado pela organização do trabalho deste HUF. Trata-se de um processo de trabalho com características singulares ao contexto no qual ocorre.

O organograma deste HUF demonstra uma estrutura administrativa piramidal cujos Serviços são separados por áreas; e cada nível hierárquico e cada área têm o seu gestor. Contudo, percebemos que, na prática, o trabalhador resiste em submeter-se a esse modelo de organização. Identificamos isto nos depoimentos dos sujeitos deste estudo ao afirmarem que no HUCAM “não existe um comportamento de hierarquia”. Este modo de agir foi interpretado pelos entrevistados como um desrespeito a autoridade do gestor de Divisão.

De acordo com Mattos e Pires (2006), os grupos profissionais inseridos nos hospitais são altamente qualificados, portam um elevado grau de autonomia e não se subordinam às chefias superiores ou a uma Diretoria, como no clássico modelo

taylorista/fordista. Como as autoras, reconhecemos que a instituição hospitalar transformou-se em um campo de grupos profissionais altamente qualificados, os quais, muitas vezes, defendem projetos conflitantes e tornam-se omissos às ordens administrativas. Segundo Silva (2004), nos serviços de saúde o conflito, o poder, o saber e a autonomia são características dominantes.

Além disso, dos depoimentos apreendemos que a não inclusão dos gestores de Divisão na tomada de decisões administrativas foi assinalada como uma condição que lhes provoca muito descontentamento, porque em determinadas situações eles são convocados pela Diretoria e deles espera-se resolução das questões que afetam os Serviços, sem terem participado da tomada de decisões. Entendemos que isto retrata o uso do poder de comando de uns sobre os outros. Segundo Brawerman (1987), a hierarquia vertical reafirma sistemas de direção com poder de mando centralizado, para o qual utilizam-se mecanismos disciplinares. Isso ocorre sob o disfarce da estrutura administrativa e cerceia a apropriação do processo de trabalho como um todo, pelo trabalhador.

A divisão do trabalho, a princípio pensada para otimizar o trabalho nas grandes fábricas, com o tempo adentrou e prepondera no hospital público, gerando modos fragmentados de produção na gestão e na assistência. Dentro dos HUF's, perpetuam-se práticas de saúde fragmentadas, pois o corpo humano tem sido tratado como "peças" a serem ajustadas, pelos diversos especialistas, ao longo da "esteira rolante" - o hospital.

Compreendemos que o modelo de organização do trabalho no HUCAM, separa os Serviços por áreas e cria barreiras na comunicação entre os corpos profissionais, e dificulta a visibilidade do hospital como um todo, por conseguinte restringe a visualização da interdependência entre os gestores de Divisão. No HUCAM, existem ruídos na comunicação entre gestores de Divisão, chefias de Serviços, Diretores e demais trabalhadores, devido a uma forma burocrática de administração, que valoriza a determinação e a comunicação de informações, em detrimento de valer-se de espaços de negociação e pactuação.

Entendemos que gestão requer amplo uso da tecnologia relacional. Importa ressaltar que no contexto hospitalar o trabalho de um depende do trabalho de muitos outros. Contudo, percebemos que neste HUF faltam espaços coletivos de negociação e planejamento das ações. Reconhecemos o planejamento, realizado por iniciativa dos autores do trabalho, como uma alternativa para superar a improvisação.

Importa ressaltar que a gestão, como um plano de produção, produz e reproduz produtos, mediado por diferentes forças, assim, tanto pode ser a base do adoecer dos trabalhadores, como pode ser um espaço de criação de novas formas de trabalhar e produzir realização profissional e pessoal. O trabalho dos gestores de Divisão contribui para manter o HUCAM em funcionamento, embora seu poder decisório seja limitado. Contudo, identificamos pelos seus depoimentos descrédito com projetos de mudanças para melhor na gestão deste HUF.

Os sujeitos da pesquisa referiram não ter uma rotina de trabalho definida, pois a gestão apresenta muitos desafios e poucas respostas prontas. Cada um deles em seu cotidiano de trabalho utiliza sua capacidade criativa e experiência profissional. Prevalece a divisão de serviços, por conseguinte a separação do trabalho dos gestores de Divisão. Logo, cada qual por meio de seu esforço individual contribui no processo de conduzir o HUCAM. Identificamos que no cotidiano de trabalho dos sujeitos deste estudo, sobressai o ato de ‘apagar incêndio’, ou seja, tentar resolver de forma pontual as questões que tencionam a gestão, sem planejamento conjunto de estratégias para manter e qualificar o funcionamento do HUCAM. Entendemos que essa fragmentação das tarefas prejudica tanto a gestão deste HUF, como também acarreta frustração e desmotivação para os gestores. Quando não existe comprometimento com o coletivo das ações, perpetua-se a inexistência de negociações e pactuações entre os diversos atores do trabalho.

Identificamos que não existem reuniões ordinárias entre gestores de Divisão e Diretores deste HUF, mas a Direção deste hospital tem a ‘porta aberta’, ou seja, sempre que os gestores de Divisão precisarem podem comparecer a Diretoria. Entendemos que a tal ‘porta aberta’ significa uma prática de gestão fundamentada no modo de ‘apagar incêndio’, ou seja, perpetua o imediatismo. Uma gestão improvisada, sem análise

política das decisões tomadas. Evidencia-se que a tomada de decisão tem sido feita com base no que acontece em ato, em detrimento de utilizar o planejamento como uma ferramenta de gestão, na sua dimensão político-decisória, a fim de produzir suporte ético-político à sua ação técnico-administrativa (BAPTISTA, 2003). Isto explica, pelo menos em parte, a seguinte frase: “preciso de uma resposta urgente” – dita muitas vezes pelos gestores de Divisão e chefias de Serviços ao dirigirem-se aos Diretores deste HUF.

Compreendemos que no HUCAM, devido ao caráter provisório da gestão, os problemas se multiplicam ao invés de serem negociados, tratados e resolvidos a contento. Apreendemos que o andamento da gestão deste HUF prossegue sem um questionamento crítico e sem uma análise política por parte dos seus gestores. Aqui incluídos aqueles que ao longo das décadas se intitularam Diretores desta instituição e Reitores desta Universidade. No estudo de Drago (2011) foi evidenciado um distanciamento da Universidade com este HUF.

Quanto à continuidade do funcionamento do HUCAM, os sujeitos deste estudo expressaram incerteza, porque a escassez de recursos materiais e o déficit de pessoal têm gerado contornos de uma luta contra a precariedade e contra o fechamento deste HUF. Identificamos semelhanças entre os depoimentos dos sujeitos deste estudo e a literatura, porque colocar o hospital para funcionar envolve a luta contra a morte do hospital, morte da população, morte dos funcionários (AZEVEDO, FERNADES, CARRETEIRO, 2007).

Entendemos que nesta árdua tarefa de contribuir para manter um hospital público em funcionamento, a pouca resolubilidade faz emergir no trabalhador-gestor um sentimento de frustração, desamparo e impotência. E tal instituição torna-se um espaço de violência dos direitos dos trabalhadores e dos usuários. O trabalhador-gestor está sujeito as tensões que emergem no contexto da instituição como um todo.

Apreendemos que os gestores de Divisão atuam em um cenário caracterizado por situações imprevisíveis, mas que requerem soluções precisas porque trata-se de gerir um serviço de saúde onde, em geral, a vida humana encontra-se debilitada. Os sujeitos

deste estudo verbalizaram sentimentos de incertezas e impotência quanto à própria capacidade de conduzir a Divisão. Manifestaram várias vezes, a intenção de deixar a função de gestor, tendo em vista o limitado poder decisório e os muitos problemas que emergem no cotidiano de trabalho na gestão, dentre outros, aqueles decorrentes do déficit de pessoal. Reconhecemos que existem questões sobre as quais eles não têm poder decisório, uma delas diz respeito à admissão de servidores para recompor o quadro de trabalhadores. Neste sentido, a atividade dos gestores de Divisão do HUCAM é cerceada pelas (im) possibilidades colocadas pela macro-política do Estado brasileiro.

Evidencia-se neste estudo, que ocupar a função de gestor de Divisão em um HUF requer capacidade para lidar com situações adversas, pois no cotidiano de seu trabalho emergem tensões e conflitos. Para Merhy (2002), dentro de uma organização de saúde cada ator tem uma visão diferenciada da mesma instituição e, essas diferenças são parte das tensões características de toda e qualquer organização e explicam, pelo menos em parte, os conflitos que comparecem nas agendas dos gestores de hospitais. O autor aposta na aplicação de novos arranjos de gestão, mas reconhece que qualquer que seja o arranjo organizacional não há como extinguir aquele território tenso inerente ao campo dos serviços de saúde.

Apreendemos que o cotidiano de trabalho na gestão tem sido complexo e que os desafios que tem comparecido nas agendas dos gestores de Divisão são bastante significativos e, por conseguinte desmotivante para enfrentar o caos institucional. Contudo, entendemos que boa parte dessas dificuldades ocorrem por falta de negociação entre os gestores dos três níveis hierárquicos e das diferentes áreas. Corroborarmos com Campos (2007b), gestão é atribuição coletiva. O que percebemos no HUCAM é que cada gestor busca dirimir individualmente os problemas de sua Divisão, na prática, ignorando que a Diretoria, as 16 Divisões e os 72 Serviços e seus respectivos trabalhadores se complementam.

Todavia, como conduzir um processo de mudança na organização do trabalho e, por conseguinte na gestão de um HUF? Importa lembrar que aqueles que atualmente encontram-se na função de gestor, em qualquer dos níveis hierárquicos, tiveram seu

conhecimento moldado pelos cursos de graduação, os quais, em geral, são formatados pela lógica piramidal de organização do trabalho e divisão parcelar do trabalho. Além disso, os cursos específicos da área da saúde defendem o tratamento de doenças feito por diversas especialidades. De acordo com Sodré (2010), nos hospitais constituíram-se rotinas de trabalho sem tempo de parada, que funcionam ininterruptamente, semelhantes à produção em série fordista.

Nos hospitais, porém, o objeto de trabalho são vidas debilitadas, ou seja, o limite humano - com o nosso limite. Por isso os trabalhadores da saúde necessitam de espaços coletivos de negociação do trabalho, de formação continuada e permanente para tratar dos assuntos do trabalho e de sua inserção nele.

Este estudo permitiu compreender ainda, que a organização do trabalho no HUCAM não é imutável. Para além de geradora de insatisfação, sofrimento e incerteza para os gestores de Divisão, também existe a possibilidade de mudança para melhor. Considerando que “tudo no HUCAM é provisório”, apostamos que este modelo de gestão também o seja. Quanto à co-gestão, concordamos com Campos (2007b), tendo em vista ampliar as possibilidades de um trabalho prazeroso, o qual seria possível à medida que ocorre o envolvimento do trabalhador na invenção de jeitos singulares para organizar o seu processo de trabalho. Para o autor, a obra resulta do trabalho realizado em equipe e, não elimina o trabalho penoso, mas permite relações mais afetivas e prazerosas com esta atividade humana.

Reconhecemos que o processo de trabalho dos gestores possibilita a transformação não somente do objeto de trabalho, como também do trabalhador-gestor. Acreditamos na troca de idéias, no intercâmbio das caixas de ferramentas dos gestores e na construção de sentidos prazerosos com e no trabalho. E que no hospital público, estes profissionais-chaves podem protagonizar a construção de uma co-gestão. Entendemos que ao incorporar arranjos democráticos de gestão, implica em construção de espaços coletivos, em ampliar o referencial teórico utilizado na gestão hospitalar, bem como reconhecer os atores em ação nesta instituição, como sujeitos portadores de um saber/fazer com grande potencial para tratar os problemas coletivamente, ou seja, constituir sujeitos com capacidade de análise e de intervenção (CAMPOS, 2007b).

Importa ressaltar que gestão não é ciência exata, ao contrário, requer constante construção coletiva.

Importa ressaltar que modelos democráticos de gestão implicam em mexer em estruturas de poder (FOUCAULT, 2008; CECÍLIO, 1997). De acordo com Merhy (2002a, p. 91), “[...] mexer em processos de trabalho é mexer com cabeças e interesses”. Reconhecemos que mudanças requerem negociação com os diversos segmentos de trabalhadores do hospital, envolvendo-os por aquilo que eles têm em comum: o objeto de trabalho – a vida humana. Entendemos que mudanças deste tipo envolvem lutas no trabalho e pelo trabalho. Em suma, fazer uma aposta na produção da vida - do outro e de si mesmo, ainda que as muitas dificuldades decorrentes das estruturas de poder, tentem cercear essa aposta.

Quanto à saúde do trabalhador-gestor de Divisão, foi possível identificar na estrutura discursiva dos depoimentos referência dos efeitos do trabalho em sua vida. Reconhecemos que o processo de trabalho dos gestores de Divisão pode gerar adoecimento, tendo em vista a dinâmica do seu trabalho, e os sintomas por eles relatados: aumento da pressão arterial, cefaléia, lombalgia, cansaço mental, dentre outros.

Percebemos um tencionamento na experimentação do prazer e do sofrimento dos gestores de Divisão no exercício de seu trabalho. Apreendemos que o sofrimento emerge devido à tensão para manter o HUCAM em funcionamento, considerando os limitados recursos materiais e de pessoal, e devido sentirem-se excluídos do processo decisório na gestão, mas responsabilizados pelo funcionamento das Divisões. Do ponto de vista do prazer, demonstraram satisfação por atuarem como gestores de um HUF. Entendemos que isto contribui para eles continuarem no exercício desta atividade.

Neste estudo reconhecemos que existem possibilidades de produção de sentidos de realização e prazer no trabalho do gestor. Concordamos com Barros e Barros (2007), que a gestão participativa apresenta-se como uma medida preventiva, quando o assunto é saúde do trabalhador da saúde.

Ao final deste percurso nos vem à certeza de que contribuímos para a compreensão do objeto ora pesquisado, mas somente foi possível um recorte da realidade. Novos caminhos de pesquisa são necessários a cerca do processo de trabalho dos gestores de HUF's, especialmente analisar a micropolítica das relações de trabalho. Igualmente, torna-se necessário ampliar as análises dos modelos de gestão destes hospitais como plano de produção, particularmente investigar qual tratamento tem sido dado aos conflitos de interesses que tencionam o trabalho na gestão. Questões de pesquisa que poderão ser tomadas por pesquisadores da Saúde Coletiva, pautados em uma perspectiva de defesa incansável das Políticas Públicas de Ensino e Saúde inseridas nos HUF's, como equipamento público.

6 REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho?** São Paulo. Editora Brasiliense, 1986.

ALVES-MAZZOTTI, A. J; GEWANSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Leanding, 1998.

AKEL, RICARDO. **Mudança de paradigma na administração de Hospital Universitário.** 1993. 157f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) Departamento de Clínica Médica Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1993.

AKERMAN. M.; FEUERWERKER. L. Estou me formando e quero trabalhar. In: CAMPOS et all. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** SP, HUCITEC; RJ Ed.FIOCRUZ. 2006, p 171- 186.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Ed. Boitempo editorial. SP. 2007.

ASSUNÇÃO, A. A. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). In: **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Ed. FIOCRUZ, 2011, p. 453-478.

AZEVEDO. C, S.; **Sob o domínio da Urgência:** o trabalho dos diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. São Paulo, 2005. Tese de Doutorado. Programa de pós-graduação de Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

AZEVEDO. C, S.; FERNANDES, M. I. A.; CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2410-2420, out, 2007.

BAFFI, M. A. T. **Modalidades de pesquisa:** um estudo introdutório, Petrópolis, 2002.

BAPTISTA, M, V. **Planejamento social**: intencionalidade e instrumentação. São Paulo. Veras Editora. 2ª Edição, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977.

BARROS, R. B.; BARROS, M, E. B. Da Dor ao Prazer no Trabalho In. SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí, RS: Unijuí, 2007. p. 61-72.

BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer, Martin. W e Gaskell, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis, RJ; Vozes, 2002.

BITTAR, O. J. N. V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino. **Revista de Administração em Saúde**, v. 5, n.17, p.9-18, out/dez, 2002. Disponível em: <www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/03.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2012.

BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos entre caixas bancários**. Vitória; Fundacentro, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.constituicao.htm. Acesso em: 17 set. 2012.

_____. Lei nº 8.080. 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dão outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1990.

_____. Portaria nº 375 de 04 de março de 1991. Conceituações para os Hospitais de Ensino. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-375.htm>>. Acesso em 13 de março de 2011.

_____. Portaria de nº 2.224/GM MS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2002.

_____. Portaria nº 1.679/GM/MS, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2002.

_____. Portaria Interministerial nº 1000 MEC/MS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004a.

_____. Portaria Interministerial nº 1005 MSC/MS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004b.

_____. Portaria Interministerial nº 1006 MEC/MS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004c.

_____. Portaria Interministerial nº 1.702 MEC/MS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004d.

_____. Portaria GM/MS 1.125. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2005a.

_____. Portaria GM/MS 2.437. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2005b.

_____. Portaria Interministerial nº 2400 MEC/MS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2007.

_____. Portaria GM/MS 2.728. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2009.

_____. **Ministério da Educação**. Hospitais Universitários. 2009b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article>. Acesso em: 10 jan 2012.

_____. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. Relatório REHUF – **Programa Nacional de Reestruturação**

dos Hospitais Universitários Federais, Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.adurj.prg.br/observatorio/?p=196>>. Acesso em: fev. 2010.

_____. Decreto Presidencial nº 7.082. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Educação. **Hospitais Universitários**. 2011. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article. Acesso em: 08 mar. 2011.

_____. Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**. Brasília, 2011.

_____. MESA Nacional de Negociação Permanente do SUS - protocolo nº 008/201. **Ministério da Saúde**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1254>. Acesso em: jun. 2012.

_____. MESA Nacional de Negociação Permanente do SUS. **Ministério da Saúde**. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1254>. Acesso em: jun. 2012.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMES, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clinica à psicopatologia do trabalho. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.213-223, 2004.

BRITTO, J, C. Trabalho Prescrito. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2008 p. 284-290. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

BRITTO, J, C. Trabalho Real. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2008 p. 284-290. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>>. Acesso em: 29 nov. 2010.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 1987.

CAMPOS, J, Q. **O hospital e sua organização administrativa**. São Paulo, 1978.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.4, p.863-70, 1998.

CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidade técnicas. In: CAMPOS, G.W de S. (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: editora HUCITEC, 2007a. p.122-149.

CAMPOS, G.W de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3ª ed. São Paulo: editora HUCITEC, 2007b.

CAMPOS, G.W de S. Paidéia e modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: CAMPOS, G.W de S. (org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: editora HUCITEC, 2007c p.103-121.

CAMPOS, G. W. de S; CAMPOS, R. O. Gestão em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª edição revista e ampliada, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>>. Acesso em: 09 mar. 2011.

CAMPOS, G. W. de S.; CAMPOS, R. O. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. SP, HUCITEC; RJ Ed. FIOCRUZ, 2006. p. 669-688.

CAMPOS, G, W, de S; CAMPOS, R, O. Gestão em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>>. Acesso em: 09 mar. 2011.

CARMO, M. **Hospitais Universitários e Integração ao Sistema Único de Saúde** – estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG, 1996-2004. 2006.121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CARVALHO. Y. M. e CECCIM. R, B. Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. HUCITEC RJ Ed. FIOCRUZ. 2006. p.137-170.

CECILIO, L. C de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CECÍLIO, L, C, de O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CECILIO, L, C de O. **Mudar modelos de gestão para mudar o hospital**: cadeia de apostas e engenharia de consensos. 2000. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=19946>>. Acesso em: 15 maio 2012.

CECÍLIO, L, C, de O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde**: um desafio para o publico. Editora HUCITEC, São Paulo, 2002. p. 293-319.

CECÍLIO, L. C de O.; MERHY E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: ROSENI, P. MATTOS, R.A de. (orgs). **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**, Rio de Janeiro: Editora UERJ, IMS: ABRASCO. 2003.

CECÍLIO, L, C, de O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005.

CECILIO, L. C de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**, v. 1. 3ª ed. São Paulo (SP); McGraw-Hill; 1987.

COSTA, O. L. **HUCAM**: passado, presente e futuro. Revista HUCAM, ano 1, nov/dez. 1997.

CUNHA, G, T.; CAMPOS, G. W de S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. In: **Org & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p.31-46, jan/jun., 2010.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade Ampliada de pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELAR, L. (orgs.). **Psicologia Social**: temas em debate. Vitória? GM. Editora- APRAPSO-ES, 2008. p.109-126.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1994.

DESLANDES, S. F. e ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F (Org). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195- 223.

DRAIBE S, M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, n17. São Paulo: ed. da USP, 1993. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/17/07-sonia.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

DRAGO, M. L. B. **“Servindo a dois senhores”**: a gestão do HUCAM entre o ensino e assistência. 2011. 210 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) Programa de Pós-Graduação em Políticas Social da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2011.

FARIA, H, X. **No fio da navalha**: o processo de trabalho de uma Unidade de Saúde da família de Vila Velha – ES. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. In: **Revista saúde e sociedade**. São Paulo, v19, n.2, p. 429-439, 2010.

FERREIRA A, B, H. **Miniaurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8ª. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Positivo, 2010.

FRANÇA, M. H.; FALCÃO, D, B de O.; GODOY, L. B. TRABALHO E SOFRIMENTO: uma análise sob a ótica do Serviço Social. In: **Anais do V Encontro Nacional de Política Social**, Vitória/ES. 2010.

FRANCO. T, F. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: LAPPIS, CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006. p. 459- 473.

FEUERWERKER, L. C. M. CECÍLIO, L, C, de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p.965-971, jul-ago, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

IAMAMOTO, M, V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 8ª. ed. – São Paulo, Cortez, 2005.

HUCAM. Núcleo de Controladoria do **Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes**. Vitória/ES. 2011d.

_____. Núcleo de Controladoria do **Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes**. Vitória/ES. 2011e.

_____. Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador do **HUCAM**. Vitória/ES. 2012.

JUNQUEIRA, L. A.P. Gerências de Serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, jul-set, 1990.

LACAZ, F. A. C.. Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 7-19, 1997.

LEITE, P de M. A resistência dos trabalhadores à organização capitalista do processo de trabalho. Capítulo 1 p 47-74. In: **O futuro do trabalho**: novas tecnologias e subjetividade operária. Editora Página Aberta São Paulo, SP. 1994.

LIMA, R, de C, D. **Enfermeira**: uma protagonista que produz cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória, Edufes, 2001. 260p.

LIMA-GONÇALVES, E. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90 Jan./Mar. 1998.

LIPP, E, N. O modelo quadrifásico do *stress*. In: _____(org). **Mecanismos neoropsicofisiológicos do Stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo. Casa do psicólogo. 2003.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUARÉZ, J.M. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005: p. 257-284.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política, livro I vol. 1. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. - 26ª ed. Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2008.

MATUS, C. Teoria da ação e teoria do planejamento. In: MATUS, C. (org). **Política, planejamento e governo**. Brasília: ipea, 1996. p. 81-98.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias Administrativas e Organizações do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influência no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n. 3, p. 508-514, 2006.

MERLO, A. R. C. O trabalho e a saúde mental no Brasil: Caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Ed. FIOCRUZ, 2011, p.369-383.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho a Saúde do Trabalhador. In: **Revista Saúde Pública**. 25 (5): 341-349, 1991.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. Editora HUCITEC, São Paulo, 2002a. p 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002b.

MEDICI, A. C Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, DC. In: **Rev. Ass. Med.** v.47, n.2, p. 149-156, 2001.

MINAYO-GOMES, C; THEDIM-COSTA, S. M. F.; A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 21-32, 1997.

MINAYO-GOMES, C.; LACAZ, F. A. de C. **Saúde do trabalhador: novas e velhas questões**. In: *Ciência e Saúde Coletiva* 10 (4): 797 – 807, 2005.

MINAYO, M, C de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Ed. HUCITEC, 11ª ed. 2008.

MINAYO-GOMES, C. Produção de conhecimento e intersectorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n. 8, jan-ago, 2011.

MOTTA, F, C. P. **O que é burocracia**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1997.

NESCON. Condições de saúde e trabalho no setor saúde / Health and work conditions of health care workers. In: ASSUNÇÃO, A. A.; ROSALES, C.; BELISÁRIO, S. A. (orgs.). Belo Horizonte: **Nescon – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**, 2008.

ONOCKO, R.; AMARAL, M. Candido Ferreira: experimentado uma mudança institucional. P. 360 -371. In: **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ª Edição 2002.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde para não especialista. In: CAMPOS, G, W de S. et all. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. HUCITEC, RJ; Ed. FIOCRUZ, 2006. p. 767-782.

PAULO NETTO, J. ; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. Vol.1. 5ª ed. São Paulo, ed. Cortez, 2009.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L, B. Processo de Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª edição revista e ampliada, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>>. Acesso em: 09 de março de 2011.

PIRES, D. E. P de. ; LUNARDI-FILHO, W. D. O Processo de Trabalho em Saúde. In: BRAGA, D. G.; et al. (org). **Curso de Negociação do Trabalho no SUS: caderno de textos**. Ed. FIOCRUZ. 2008. p.119-130.

PIRES, D. E. A divisão social do trabalho. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª edição revista e ampliada, p. 125-130, 2008a. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>>. Acesso em: 09 de março de 2011.

PIRES, D. E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª edição revista e ampliada, p.133-135, 2008b. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>>. Acesso em: 09 de março de 2011.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R, A de. Implicações da integralidade na gestão em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: LAPPIS, CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2006. p.11- 26

PITTA, A. **Hospital: Dor e morte como ofício**. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. L. de O.; OLIVEIRA, M. G. M, de. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber**. Belo Horizonte: UFMG, 1995.

REIS, A. A. C dos. ; CECÍLIO, L. C. de O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v.33, n.81, p.88-97, jan./abr.2009.

RIVERA, F, U. Planejamento em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. revista e ampliada, 2008. Disponível em: (<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>). Acesso em: 09 março de 2011.

SANTOS, A.P. L dos.; LACAZ, F. A. de C. Saúde do Trabalhador no SUS: contextos, estratégias e desafios. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Ed. FIOCRUZ, 2011 p.87-105.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo, ed. Cortez, 2011.

SILVA, A. L. A. **Produção da Subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. 2004. 214f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas/SP. 2004.

SILVA, E, V, M. Mesa Nacional de Negociação Permanente do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MNNP/MOOG). In: BRAGA, D. G.; et al. (org). **Curso de Negociação do Trabalho no SUS: caderno de textos**. Ed. FIOCRUZ. 2008, p.199-209.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 103 julho/setembro de 2010.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 12 sup: p.1819-1829, 2007.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-Abrasco, 1995.

UFES. **Relatório de Gestão do Exercício de 2009**. Vitória, 2010. Disponível em: http://www.proplan.ufes.br/UPLOAD/RG_UFES_2009.pdf. Acesso em: 11 março de 2011.

_____. Plano Operativo Anual **do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes**. Vitória/ES. 2011a.

_____. Informa: Informativo do hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da **Universidade Federal do Espírito Santo**. nº 09, maio de 2011c. Vitória-/ES.

_____. Informa. Informativo do hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da **Universidade Federal do Espírito Santo**. nº 11, maio de 2011b. Vitória/ES.

_____. Regimento Interno do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da **Universidade Federal do Espírito Santo**. Vitória-ES, 2010.

VACONCELOS. C, M; PASCHE. D, F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS et all. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo HUCITEC; RJ Ed. FIOCRUZ, 2006. p. 531-562.

VASCONCELOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma Política de Estado. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Ed. FIOCRUZ, 2011. p. 37-65.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. L. **Trabalho, gestão e subjetividade:** dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar. Cadernos EBAPE. BR. v. 8, nº 1, artigo 4, Rio de Janeiro, marco de 2010. Disponível em: <www.ebape.fgv/cadernosesebape>. Acesso em: março 2012.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Processo de Trabalho dos Gestores de Divisões de Serviços de um Hospital Universitário, na cidade de Vitória/ES.

Esta pesquisa é coordenada pela Profª Drª Francis Sodré e que será realizada pela mestrandia: Denilda Littike, inserida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, PPGASC 2010/2011, autorizada pelo CEP e pela Diretoria do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – UFES.

O objetivo: analisar o processo de trabalho dos gestores de Divisões do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes e compreender a saúde deste trabalhador.

A coleta de dados se dará por meio de entrevista individual.

Por intermédio deste termo é lhe garantido:

- 1- Solicitar a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa;
- 2- Supressão de nomes no estudo e a confidencialidade das falas;
- 3- Ampla possibilidade de negar-se a responder quaisquer questionamentos;
- 4- Opção de solicitar que determinadas falas ou declarações sejam excluídas;
- 5- Sua participação nesta entrevista é optativa e a qualquer tempo poderá desistir de participar, o que não lhe acarretará qualquer penalidade;
- 6- Os dados desta pesquisa podem vir a ser divulgados em trabalhos científicos observando-se o cumprimento das normas e cuidados éticos;
- 7- Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa pelo telefone 3335-7211 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br.
- 8 – Contatos com a mestrandia: email: littike10@yahoo.com.br

Eu, _____

RG/CPF _____, abaixo assinado, declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, que uma cópia deste ficará retida pela pesquisadora que o guardará em sigilo.

Assinatura do participante
Av: Marechal Campos
HUCAM/UFES

Assinatura do pesquisador
Av: Marechal Campos
HUCAM/UFES

Vitória, _____ de _____ de 2011

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Esboço do roteiro de entrevista com os Gestores de Divisões do HUCAM.

Dados gerais:

Divisão: _____
Formação profissional: _____
Cargo de origem/UFES: _____
Ano de admissão a UFES: _____ Data da entrevista: _____
Sexo: F () M ()

1. Você poderia me contar em quais atividades já trabalhou no HUCAM?
2. Há quanto tempo atua como gestor de Divisão?
3. Como é o dia-a-dia do gestor de Divisão no HUCAM? O que você faz? Quais são suas atribuições? Quais atividades realiza?
4. Para realizar o seu trabalho quais ferramentas de gestão você utiliza?
5. Como é a organização do seu trabalho?
 - 5.1 Qual a carga horária para se dedicar a gestão?
 - 5.2 Ultrapassa ou consegue resolver todo o seu trabalho de gestor dentro da carga horária prescrita?
 - 5.3 Qual o seu poder de decisão sobre a organização do trabalho de sua Divisão?
6. É comum a realização de reuniões com os coordenadores de serviço? Com que frequência? Em geral tratam de quais assuntos?
7. É comum a realização de reuniões com a diretoria do hospital? Com que frequência? Em geral tratam de quais assuntos?
8. São realizadas reuniões com os outros gestores de Divisão? Se sim, com que frequência?
9. No desenvolvimento do seu trabalho existe algum tipo de atividade que você desenvolve, mas que não seja atribuição do gestor?

10. Em sua opinião o trabalho na gestão (na função de gestor de Divisão) afeta a saúde gerando algum tipo de adoecimento? De que forma?
11. Desde que assumiu a função de gestor você apresentou algum problema de saúde? Se sim, você o relaciona (faz nexos) entre o tipo do adoecimento e o trabalho desenvolvido por você na gestão?
12. Gostaria de acrescentar alguma informação?

ANEXO A – ORGANOGRAMA DO HUCAM



ANEXO B – CARTA DE PROVAÇÃO DO CEP**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória-ES, 09 de dezembro de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Prof. (a) Francis Sodré
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **"Processo de trabalho dos gestores de Divisões de Serviços de um Hospital Universitário, na cidade de Vitória/ES"**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 298/10 intitulado: **"Processo de trabalho dos gestores de Divisões de Serviços de um Hospital Universitário, na cidade de Vitória/ES"** e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 08 de dezembro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,


Prof.^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504